QUELLES SONT

LES AFFECTIONS

QUI COMPLIQUENT

LE PLUS FRÉQUEMMENT LES PLAIES.

JUGES DU CONCOURS.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

MM. Richerand, *président*.
Cloquet (Jules).
Roux.
Duméril.

MM. Marjolin.
Gerdy.
Dubois (Paul).
Chomel, *suppléant*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

MM. Murat.
Lisfranc.

M. Réveillé-Parise, *secrétaire*.

CONCURRENS.

MM. Sanson.
Lepelletier, du Mans.
Blandin.
Bérard.

MM. Sédillot.
Jobert de Lamballe.
Laugier.

6.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

QUELLES SONT LES AFFECTIONS

QUI COMPLIQUENT

LE PLUS FRÉQUEMMENT LES PLAIES,

PARTICULIÈREMENT

A LA SUITE DES OPÉRATIONS.

DES MOYENS DE LES PRÉVENIR ET DE LES COMBATTRE.

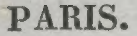
Quæque ipse miserrima vidi.

THÈSE PRÉSENTÉE ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Le 22 Février 1836,

Par M. GUERBOIS,

Chirurgien de l'hôpital de la Charité et du collége de Louis-le-Grand, membre de l'Académie royale de médecine.



PARIS.

IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET,

RUE DU COLOMBIER, 30.

1836

0 1 2 3 4 5 (cm)

QUELLES SONT LES AFFECTIONS

QUI COMPLIQUENT

LE PLUS FRÉQUEMMENT LES PLAIES,

PARTICULIÈREMENT

A LA SUITE DES OPÉRATIONS.

DES MOYENS DE LES PRÉVENIR ET DE LES COMBATTRE.

Quæque ipse miserrima vidi.

Les affections qui compliquent les plaies offrent des différences :

1° Selon la région qu'elles occupent;

2° Selon la manière d'agir de la cause vulnérante;

3° Selon l'espèce d'opération pratiquée;

4° Enfin selon la constitution physique ou morale du blessé.

Nous verrons que dans chacune de ces régions les plaies offrent des complications possibles et spéciales, selon les différens points de ces régions vulnérées.

Rien de plus simple que la division des plaies selon les régions :

1o Plaies des membres thorachiques ou abdominaux;

2o Plaies de tête;

3o Plaies de poitrine;

4o Plaies de l'abdomen.

DÉFINITION DES PLAIES.

On définit la plaie: une solution de continuité des parties molles qui n'est infectée ni du virus vénérien ni des vices scrofuleux, scorbutiques, etc.

Nous commencerons par nous occuper des plaies des membres, et par étudier l'action et les résultats des causes vulnérantes dans cette première division.

1o PLAIES PAR INSTRUMENS PIQUANS.

Une plaie déterminée sur les différentes régions des membres par un instrument piquant, se complique assez souvent d'une inflammation phlegmoneuse, qui se termine par un abcès sous-cutané ou sous-aponévrotique, d'un érysipèle simple, phlegmoneux ou gangreneux, de la piqûre d'un tube artériel, assez fréquemment de tétanos.

Un élève du collége de Louis-le-Grand se blessa avec la pointe de son canif, qui pénétra à la profondeur de cinq à six lignes à la face externe et supérieure de la cuisse droite; la petite plaie fut recouverte de cataplasmes émolliens, et le blessé,

maintenu au lit, fut soumis à une diète presque complète, et mis à l'usage des boissons acidulées, des bouillons aux herbes, et de lavemens émolliens. Le cinquième jour la cuisse présentait un volume assez considérable pour faire croire à la présence d'une collection purulente, dont l'existence fut facile à constater par la fluctuation au dixième jour.

A cette époque une incision assez large fut pratiquée; il fallut diviser l'aponévrose fémorale, et aussitôt que cette incision fut terminée, la suppuration s'échappa facilement et promptement, et la guérison marcha avec une telle rapidité, que vingt jours après cette opération le blessé put reprendre le cours de ses études.

Je pense qu'on aurait prévenu cette affection si l'on avait de prime-abord fait une incision cruciale, qui aurait divisé en même temps la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose fémorale.

Au pli du bras, une saignée faite avec une lancette peu tranchante ou légèrement rouillée, produit souvent un érysipèle, une phlébite ou une tumeur artérielle, résultant de la piqûre de l'artère brachiale.

Un jeune homme de 17 ans fut saigné pour des douleurs de tête qu'il éprouvait; huit jours après sa saignée il vint me consulter; je trouvai une tumeur sanguine arrondie, et sur le sommet

de laquelle le doigt reconnaissait facilement les pulsations artérielles. Rien de plus facile que le diagnostic de cette affection. Il était évident que a tumeur était formée par la présence d'un sang artériel échappé de l'artère brachiale, qui avait été piquée par la lancette au moment où la saignée avait été pratiquée. Je conseillai la compression à l'aide d'un cercle d'acier garni de deux pelottes, et six mois après la première application de ce compresseur, la maladie était disparue. Cette guérison date de huit ans, et depuis cette époque le blessé n'a rien éprouvé.

Nous parlerons plus tard de l'érysipèle et de la phlébite, comme étant les résultats de plusieurs causes vulnérantes.

Les plaies par piqûres faites aux doigts produisent souvent des panaris de troisième espèce, qui déterminent quelquefois promptement la nécrose des phalanges; souvent les progrès du mal sont si rapides, que dans l'espace de quelques jours il ne reste plus d'autre ressource que l'ablation des phalanges, et même celle du doigt.

Le 15 janvier 1836, une femme de 55 ans entra dans la salle Sainte-Rose, de l'hôpital de la Charité, pour une piqûre faite au pouce de la main droite avec une arrête de poisson; cette piqûre datait de cinq jours seulement, et déjà les tégumens frappés de gangrène laissaient apercevoir

les deux phalanges nécrosées. L'indication était précise, il n'y avait pas de temps à perdre ; l'ablation du pouce fut pratiquée; mais la malade fut emportée par une fièvre typhoïde qui vint compliquer la plaie résultant de l'opération. Chez cette blessée, la mort survint le 10e jour.

Ainsi une simple piqûre a déterminé chez cette malade une affection tellement grave, qu'elle a été suivie d'une terminaison funeste.

Peut-être si, au moment où la piqûre a été faite, on avait pratiqué une incision cruciale pour débrider fortement le siége de la piqûre, on aurait prévenu le développement de ce terrible symptôme.

Toutefois, il me paraît prouvé que, pour qu'une piqûre produise des accidens si graves et si rapides chez un blessé, il faut que sa constitution ait éprouvé une altération plus ou moins profonde; il faut que cette altération ait jeté le blessé dans un état de faiblesse telle qu'il ne peut résister à l'influence délétère de cette piqûre.

C'est ainsi qu'on peut donner une explication rationnelle de ce qui se passe chez les étudians en médecine et en chirurgie, qui sont exposés souvent à se piquer pendant leurs études pratiques d'anatomie. Il n'est pas un praticien qui ne sache que les piqûres auxquelles ces étudians sont exposés présentent des symptômes beaucoup plus fâcheux à la fin qu'au commencement de la saison destinée

à ces sortes de travaux, et cela par la raison qu'ils ont été affaiblis par des veilles ou des fatigues de tout genre auxquelles ces mêmes sujets ont été exposés pendant l'hiver.

Une femme de 32 ans, traversant un ruisseau, se piqua au talon droit avec un clou qui, pénétrant à travers le soulier et le bas de la blessée, resta implanté; celle-ci eut la force de l'arracher elle-même. Elle arriva péniblement à sa demeure et fit prier son médecin de venir lui donner ses conseils. Celui-ci prescrivit les bains de pied, les cataplasmes émolliens et le repos; mais, le troisième jour, la blessée fut atteinte d'un tétanos qui marcha avec une telle rapidité, qu'en quarante-huit heures la malade succomba.

Il fallait encore ici, et à plus forte raison, débrider profondément et largement la plaie, et il est probable qu'on aurait prévenu l'invasion du tétanos.

Quels ont été les moyens employés pour combattre cette cruelle affection qui vint compliquer la piqûre? c'est ce que nous examinerons plus tard quand nous nous occuperons du tétanos.

J'ai voulu, dans cette courte analyse, indiquer rapidement et par quelques observations les principales affections des plaies des membres, quand celles-ci ont été produites par un instrument piquant.

2° PLAIES PRODUITES PAR DES INSTRUMENS TRANCHANS.

Elles sont souvent compliquées de l'ablation d'une grande portion de parties molles : 1° la peau, le tissu, ont été emportées ; 2° les muscles, le tissu cellulaire, intermusculaire, enlevés par l'action du corps vulnérant, ont laissé à découvert une plaie dont les dimensions sont énormes. Dans ce cas, la blessure sera de longue durée, la cicatrice sera difficile à obtenir, et souvent elle pourra être retardée par l'abondance de la suppuration, par l'affaiblissement du sujet et par la facilité avec laquelle cette même cicatrice se déchire, quand elle présente une aussi grande surface.

Les plaies, faites par un instrument tranchant dans la continuité des membres, toutes choses d'ailleurs égales, sont beaucoup moins fâcheuses que celles qui frappent leur contiguité.

Le poignet, le coude, l'épaule, sont quelquefois divisés dans leurs articulations par l'action d'un instrument tranchant. Cette affection est de la plus haute gravité, car dans presque tous les cas il se développe une inflammation des surfaces articulaires, qui finissent par produire une ankylose qui détruit à jamais les mouvemens de ces articulations.

Je pourrais citer ici de nombreuses observa-

tions à l'appui de cette assertion; mais c'est un principe tellement reconnu en chirurgie, qu'il est impossible d'en nier l'existence, si souvent constatée par les faits.

Les plaies par instrumens tranchans sont souvent compliquées d'hémorrhagie, affection dont nous nous occuperons dans un chapitre particulier.

3° PLAIES PRODUITES PAR DES INSTRUMENS CONTONDANS.

Elles sont les plus douloureuses et les plus funestes; leur danger dépend surtout de la force avec laquelle aura agi la cause vulnérante. Les affections qui dépendent de ces lésions et qui compliquent ces sortes de plaies, sont:

1° La contusion et la torpeur du membre, et quelquefois la torpeur générale;

2° Le brisement des os, l'attrition des parties molles, sans en épargner aucune;

3° La mutilation.

La contusion, portée à un haut degré, est une affection d'autant plus grave qu'elle désorganise souvent tous les tissus: désorganisation qui produit fréquemment la gangrène et même le sphacèle du membre, et conduit par conséquent à la nécessité de l'amputation.

La torpeur, qui est le résultat de la contusion, se borne souvent au membre percuté, et, dans

ce cas, cette affection se dissipe assez facilement; mais quand cette torpeur s'étend jusqu'au cerveau, souvent la mort en est le triste résultat. Le blessé, dans cette circonstance, est plongé dans un coma profond, sa respiration est pénible, stercoreuse, son pouls est lent, et la mort vient terminer le triste tableau de ses souffrances.

La déchirure des parties molles, tendineuses ou aponévrotiques, précède le brisement des os qui sont frappés par l'action de certains corps contondans; mais ici encore, on doit redouter les hémorrhagies artérielles et veineuses, le tétanos, la plus formidable des complications dont il sera parlé plus tard. Ces brisemens, ces destructions, sont produites le plus souvent par l'action des balles.

Les mutilations qui sont déterminées par les éclats d'obus, par le biscaïen et surtout par le boulet, exigent presque toujours l'amputation pratiquée sur le champ de bataille: heureux quand on trouve dans ces terribles momens les moyens de donner tous ses soins à ces intéressantes victimes des combats! Mais, je le répète de conviction, il faut que ces graves opérations soient pratiquées instantanément.

4° PLAIES PAR ÉCRASEMENT.

Les plaies par écrasement sont toujours très redoutables, car ici il est difficile d'apprécier rigoureusement le désordre produit par la cause vulnérante. Le blessé de l'hôpital de la Charité, couché salle Sainte-Vierge, n° 1, sur lequel un de nos honorables compétiteurs, M. Lepelletier du Mans, fit une si belle leçon, présentait une plaie à la face dorsale du pied gauche : cette plaie, légère en apparence, était compliquée d'une ecchymose et d'un gonflement assez modéré du pied; un engorgement des ganglions de l'aine et de l'abdomen était facile à reconnaître. Le blessé avait peu de fièvre; le malade avait de temps en temps quelques rêvasseries sérieuses, un peu de délire. M. Lepelletier annonça que le malade était menacé d'une fièvre nerveuse, et, en effet, quelques jours après, le malade succomba à un état de fièvre qui marcha avec une grande rapidité, et termina d'une manière funeste une affection chirurgicale qui, à son début, était loin de présenter un état de gravité aussi redoutable.

Cette observation me paraissant digne du plus haut intérêt, je la transcris ici pour l'instruction des jeunes élèves qui ont assisté à la leçon faite sur ce malade.

Auguste V..., âgé de 19 ans, journalier, entra le 9 janvier 1836 dans le service de M. le professeur Velpeau. Trois jours avant son entrée, occupé à entasser du bois à brûler dans une cave, une bûche, jetée par un soupirail, lui tomba sur le dos du pied du côté gauche. Gonflement, douleurs très vives, grande difficulté à marcher. Il fut conduit vers un rebouteur à Montmartre, qui lui déclara ne pouvoir le guérir, parce qu'il fallait *des coupures*. Le jour suivant, il entra à l'hôpital. Il est d'une constitution grêle, assez fort, et ayant toujours joui d'une bonne santé. La face dorsale du pied gauche est gonflée, fortement tendue depuis la racine des orteils jusqu'au niveau de la malléole interne. C'est au niveau du premier métatarsien que le gonflement et la tension sont à leur plus haut degré. La peau est légèrement entamée; elle présente des ecchymoses et une rougeur inflammatoire assez vive. On ne peut déterminer de crépitation; le pouls est sans fréquence; l'état général ne présente rien à noter; son moral n'est nullement frappé. Cataplasmes, repos, sangsues. Les jours suivans, pas de changemens, si ce n'est un peu de fréquence dans le pouls. Trois ou quatre jours après son entrée, il sert de texte à une leçon de concours. Déjà à cette époque son état commençait à devenir plus grave. Le pouls était assez fréquent; la langue limoneuse. On commençait à sentir une fluctuation obscure au niveau

du premier métatarsien; langue blanche, soif un peu augmentée, léger gonflement des ganglions lymphatiques du pli de l'aine sans traînée rouge, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques.

Le 13, jour qui suivit la leçon, il paraît avoir été beaucoup fatigué, et sensiblement plus mal. Le gonflement s'étend jusqu'au milieu de la jambe. Il est adémateux; la fluctuation est évidente; le pouls est très fréquent, petit; il a eu de l'agitation dans la nuit. Il paraît avoir eu un peu de délire. La langue est blanche, pas de rougeur ni de sècheresse. Il est abattu. Dans la nuit, il s'est levé, et a marché pour aller uriner. Le genou du côté droit est un peu douloureux et visiblement gonflé. Une ponction est faite au niveau de la partie moyenne du premier métatarsien. Il en sort plus d'un verre d'un pus bien lié, mêlé à un peu de sang noir.

Le 14, pouls plus fréquent et plus petit. Il tousse un peu; râle crépitant des deux côtés en arrière.

Le 15, même état. Quatre incisions sont faites sur la face dorsale du pied. On voit au niveau de l'une la fracture du premier métatarsien.

Le 17, son état est encore plus grave. Il est accablé, assoupi, n'a pas de délire; la suppuration du pied est un peu moins abondante; un peu de tuméfaction, pouls encore plus petit et plus fré-

quent, la soif est vive. Potion laudanisée, deux ventouses aux cuisses.

Mort le 19. Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Le crâne n'est pas ouvert. Poitrine. Les deux feuillets de chaque plèvre sont unis l'un à l'autre par une exsudation blanche, couenneuse, d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur. Pas d'épanchement liquide entre ces deux feuillets de la plèvre.

Tout le lobe inférieur du poumon gauche est hépatisé au deuxième degré; le droit est engoué, rouge, présentant çà et là de petits points d'un rouge foncé, hépatisés au deuxième degré; quelques uns de ces points plus avancés contenaient une gouttelette de pus.

Le péricarde renferme environ six onces de sérosité rougeâtre, trouble, floconneuse; les deux feuillets de la séreuse du péricarde sont tapissés d'une fausse membrane à surface inégale, rugueuse, présentant de grandes aréoles irrégulières. A la base de l'artère pulmonaire, existe un abcès qui renferme plus d'une cuillerée de pus bien lié qui fait saillie sous la séreuse, mais qui s'étend et s'est creusé une cavité dans les parois mêmes du ventricule droit; les organes contenus dans la cavité abdominale sont sains.

L'articulation du genou droit est pleine de sérosité trouble, blanchâtre; des flocons sont déposés sur la membrane synoviale; les cartilages et

les ligamens ne sont pas altérés. Toutes les parties tendineuses et musculaires qui entourent le premier métatarsien sont décollées, atteintes par la suppuration; l'articulation métatarso-phalangienne est largement ouverte, tous ses ligamens sont détruits; le périoste de tout le premier métatarsien est détruit, son extrémité postérieure est séparée du corps; il y a décollement de l'épiphyse. L'articulation postérieure est aussi ouverte, elle est enflammée; les veines du membre sont disséquées avec soin, celles du côté opposé également; on n'y trouve nulle part la moindre trace d'inflammation. On ne trouve du pus ni dans la veine iliaque, ni dans la veine-cave, ni dans le cœur; le sang véineux est très noir fluide.

Les plaies par écrasement sont toujours tellement graves, qu'elles déterminent souvent la mort du sujet, qui ne peut, dans la plupart des cas, être arraché à ce danger que par l'amputation du membre qui était le siége de la blessure.

5° PLAIES PAR ARRACHEMENT.

Les plaies par arrachement sont assez difficiles à produire, et on les rencontre rarement dans les hôpitaux; toutefois, quand il s'agit du simple arrachement d'un doigt, les affections qui peuvent compliquer ces plaies seront facilement prévenues en administrant au blessé un traitement antiphlogistique calmant et approprié aux indi-

cations qui se présentent ; mais s'il s'agissait de l'arrachement d'une portion de membre ou d'un membre entier, la circonstance serait très grave et la conduite du chirurgien ne pourrait être dirigée que par l'ensemble des accidens ou des affections qui se présenteraient successivement. Dans ce cas, il est probable qu'on aurait à redouter une hémorrhagie consécutive, et, par conséquent, il faudrait se tenir constamment en garde contre cette éventualité.

6° PLAIES ENVENIMÉES.

Les plaies envenimées se rencontrent aussi très rarement dans la pratique, et quand on accuse les balles d'être envenimées, d'être mâchées, pour produire des effets plus funestes, je pense que cette accusation n'est pas fondée, et que les inégalités que présente dans ces cas la surface des balles est beaucoup plutôt due au choc que ces corps auront produit contre la résistance des os qui s'opposaient à leur trajet; je pense de plus que les plaies produites par ces espèces de balles ne déterminent pas des affections plus graves et des complications plus dangereuses que les autres ; je pense, en un mot, que la guérison de ces sortes de plaies, supposant toutefois les mêmes circonstances, ne se fera pas attendre plus longtemps que celles des plaies produites par les balles qui auront conservé leur forme arrondie.

Les plaies qui sont compliquées de vices vénérien, psorique, scrofuleux, dartreux ou scorbutique, ont bientôt perdu leur nom de plaie pour recevoir la dénomination d'ulcères; or, ce genre d'affections est hors des limites de notre sujet et ne doit pas nous occuper en ce moment.

Parlerons-nous des plaies produites par la piqûre des vipères, des serpens, etc.? Ces accidens, rares dans nos climats, doivent être combattus primitivement par la cautérisation, et secondairement par tous les moyens propres à prévenir ou à arrêter la marche d'un état pathologique inflammatoire ou la conséquence de cet état pathologique.

Mais il est une autre plaie à laquelle on peut donner *à fortiori* le nom de plaie envenimée, c'est celle qui est produite par la morsure d'un animal atteint de la rage. Cette plaie est toujours mortelle, et le seul moyen de prévenir cette cruelle terminaison est d'enlever une portion des surfaces de la plaie, à l'aide de l'instrument tranchant, et de la cautériser à l'instant même avec le fer rougi à blanc et promené sur toute la surface de la division. C'est le seul moyen de prévenir l'absorption du virus rabique, et, par conséquent, le seul moyen de salut pour le blessé; mais, je le répète, on ne peut trop se hâter d'agir dans une circonstance aussi formidable.

7° PLAIES PAR BRULURES.

Elles sont très fréquentes, surtout dans l'hiver. Les brûlures du premier et du second degré n'offrant point d'accidens qui compromettent l'existence du blessé, nous les passerons sous silence, pour arriver de suite à l'examen des brûlures du troisième degré.

Dans celles-ci, les parties molles, les muscles, les tendons, les os eux-mêmes souvent, ont été atteints par l'action du calorique; des gangrènes profondes, et quelquefois la perte d'un membre sont la conséquence inévitable d'une pareille plaie.

En 1825, on apporta à l'hôpital Cochin une jeune fille de dix-huit ans qui avait été brûlée la veille dans son lit; le bras droit avait été tellement dévoré par l'action du feu, que l'humérus mis à découvert par la destruction des parties molles qui auraient dû le protéger, était d'un gris noirâtre, parce qu'il avait été lui-même soumis assez long-temps à l'action du feu pour être désorganisé. L'indication était précise, l'amputation indispensable; elle fut pratiquée sur-le-champ à trois pouces au-dessus de la brûlure. La réunion par première intention fut préparée à l'aide de bandelettes agglutinatives, d'un bandage roulé de manière à produire une compression modérée, et la guérison fut obtenue du 15e au 18e jour.

Je rappellerai ici l'expression sur laquelle j'ai insisté quelques lignes plus haut, *compression modérée*, parce que l'intention de cette compression me paraît du plus haut intérêt, qu'elle est rationnelle, méthodique, et qu'elle prépare les résultats les plus heureux. Tandis que lorsque cette compression est établie d'une manière trop énergique à la suite des amputations, elle produit par l'étranglement du moignon des douleurs d'autant plus fâcheuses, qu'elles vont toujours en augmentant ; que le moignon lui-même augmente de volume, et la gangrène du membre est le résultat inévitable de cette imprévoyance coupable, quand la mort n'arrive pas avant que la gangrène ait eu le temps de s'établir. »

Des brûlures à larges surfaces produisent souvent une mort d'autant plus cruelle, qu'elle arrive plus lentement.

Une jeune fille de quatre ans, en reculant contre une marmite remplie d'eau bouillante, tomba dans cette marmite, et s'y trouva comme assise ; la mère, qui était présente, enleva sa fille par le bras : et d'après le récit de cette même mère, l'enfant ne resta pas dans cette eau bouillante plus de quatre secondes, et pourtant les cuisses, les fesses, le bassin et le tiers inférieur du ventre, ainsi que les lombes, avaient été soumis à l'action de l'eau bouillante. Une plaie énorme fut le résultat de cette

brûlure : les douleurs, qui avaient été d'abord excessives, se calmèrent, mais la suppuration énorme et intarissable fournie par la surface de cette plaie fit succomber la malade, après cinq semaines de douleurs inouïes.

Quelquefois les plaies par brûlure déterminent la mort en moins de vingt-quatre heures.

On apporta à l'hôpital Sainte-Marguerite, à Strasbourg, deux canonniers de l'armée du Rhin, qui placés auprès d'un caisson rempli de poudre, au moment où il sauta par suite d'une explosion produite par une mèche enflammée, furent tellement brûlés, qu'ils ne présentaient tous deux qu'une seule plaie qui occupait toute la surface du corps. Le visage était tellement brûlé et tuméfié, qu'il était impossible de voir leurs yeux, et que leurs camarades ne pouvaient plus les reconnaître. Ces deux canonniers éprouvaient des douleurs atroces, et ils succombèrent tous les deux dans les vingt-quatre heures, à deux heures de distance. Dans ce cas, nul doute que la mort n'ait été le résultat de cette somme de douleurs qui les torturait si cruellement, qu'ils firent entendre des plaintes continuelles et des cris déchirans jusqu'à leur dernière heure.

Le traitement des brûlures exige l'emploi des réfrigerans au moment même où l'accident vient d'être produit ; mais aussitôt qu'il existe une plaie, elle doit être traitée par les émolliens, les mucila-

gineux et les calmans de toute espèce, jusqu'à ce que la suppuration soit un peu diminuée. A cette époque, il faut recourir à l'emploi des toniques et à des fortifians; parmi ces derniers, une compression graduée, habituelle, peut favoriser d'une manière remarquable la marche de la cicatrice.

Toutefois les plaies par brûlures, du premier et du second degré, se cicatrisent souvent très promptement, à moins qu'elles ne frappent des sujets d'une constitution affaiblie par les vices scrofuleux, le virus vénérien, un état de cachexie scorbutique, adynamique ou sénile.

8° PLAIES PAR CONGÉLATION.

Ces plaies ont été souvent précédées par des gangrènes superficielles ou profondes, compliquées de l'altération des os. Ainsi l'on voit que deux causes entièrement opposées, la chaleur et le froid, produisent souvent les mêmes résultats. Il existe en ce moment, au n° 4 de la salle Saint-Augustin, à l'hôpital de la Charité, un blessé âgé de 40 ans, d'un tempérament bilieux, qui, obligé par son état de travailler dans l'eau, eut le pied gauche en partie gelé. Pendant les premiers jours de janvier 1836, il présentait à la face dorsale du pied une escarre large comme une pièce de cinq francs; il avait de plus le second orteil non seulement gan-

gréné, mais les phalanges qui constituent en partie cet orteil étaient nécrosées.

L'escarre se détacha dans l'espace de quinze jours. L'ablation de l'orteil désorganisé fut pratiquée aussitôt que le blessé consentit à cette opération, et le malade est en ce moment presque entièrement guéri. Il sortira bientôt de l'hôpital pour reprendre les travaux de sa profession. Je disais quelques lignes plus haut que l'ablation de l'orteil fut pratiquée quand le blessé se fut décidé à la subir.

Règle générale, pour assurer le succès des opérations les plus graves, non seulement il faut que le blessé se décide à l'accepter, mais il faut encore la lui faire désirer, la lui faire demander avec instance, afin qu'il voie arriver le moment de cette opération avec une vive satisfaction. Il faut qu'il l'appelle de tous ses vœux, comme le seul moyen d'enlever les douleurs qui le déchirent, et comme son seul moyen de salut. Que de revers n'ont pas éprouvés les chirurgiens qui pratiquent de grandes opérations sans avoir préparé l'état moral des malades de manière à les amener graduellement aux dispositions dont je parlais plus haut, dispositions qui ont une influence si puissante et si heureuse au moment de l'opération dans la marche de la plaie et dans le succès de la cicatrisation.

9° PLAIES PRODUITES PAR DES OUVERTURES D'ABCÈS.

Les plaies qui succèdent à des ouvertures d'abcès sont simples ou compliquées : simples, elles ne doivent pas nous occuper ; compliquées, elles méritent notre examen le plus minutieux. Dans les membres thoraciques ou abdominaux, les complications de ces sortes de plaies appartiennent souvent à la présence d'un corps étranger. Dans cette supposition, point de guérison possible tant que l'extraction de ce corps étranger ne sera point terminée. Souvent, c'est une balle qui a séjourné long-temps sans donner aucun signe de sa présence, et les antécédens du blessé peuvent seuls mettre sur la voie et peuvent seuls éclairer le chirurgien sur la conduite à tenir dans une pareille circonstance. La sonde, introduite et portée dans les différentes directions de la plaie, pourra faire reconnaître le corps étranger, et à l'instant même on procèdera à l'extraction, à moins qu'il ne se présente des contre-indications puissantes qui forcent à ajourner cette opération.

Si la sonde ne pouvait faire reconnaître au premier moment la présence d'un corps étranger, il faudrait, par un pansement méthodique, entretenir aussi largement que possible les dimensions de la plaie, de manière à favoriser le succès des investigations ultérieures.

Mais, le plus souvent, ces sortes de plaies sont compliquées de la carie ou de la nécrose, qui ont, dans la plupart des circonstances, déterminé la formation et le développement des abcès qui ont exigé une ou plusieurs des incisions, causes efficientes des plaies qui existent. Il est impossible, dans ces cas, d'obtenir la guérison de ces plaies tant que les caries ou que les nécroses qui les compliquent n'auront pas été combattues avec succès.

Lorsque ces nécroses ou ces caries appartiennent à des causes locales, il sera plus ou moins facile de les guérir promptement en employant tous les moyens qui sont à la disposition de la chirurgie, et parmi ces moyens les plus énergiques, les plus puissans ; tantôt la cautérisation à l'aide d'un fer rougi à blanc, tantôt l'instrument tranchant, devront être employés selon les indications à remplir ; mais lorsque ces affections seront dues à la présence d'un vice ou d'un virus, il faudra toujours avant de tenter les opérations que nous avons conseillées, avoir recours à un traitement propre à détruire le vice ou le virus qui compliquent ces sortes de plaies.

Il existe des circonstances très graves dans lesquelles la chirurgie doit se presser de faire de larges incisions, si elle veut prévenir la perte imminente du malade, et dans ce cas les plaies qui résultent de ces incisions sont constamment entre-

tenues par la cause qui avait déterminé le développement des phlegmons et des abcès, qui ont exigé impérieusement et instantanément l'emploi de l'instrument tranchant.

Je veux parler des abcès urineux et des abcès stercoraux. Les abcès urineux dont le siége est au périné doivent-être ouverts aussitôt que la fluctuation se manifeste, car si on perdait du temps, l'infiltration urineuse qui se ferait d'une manière rapide dans le tissu cellulaire abondant qu'on rencontre à la région périnéale, produirait bientôt la gangrène; la mort du malade serait promptement le résultat de cette complication; et si le blessé résistait à cet accident, la chute de l'escarre gangréneuse laisserait une plaie à large surface qui se cicatriserait très difficilement, très longuement, et qui pourrait rester incurable. Cette plaie serait donc le résultat de l'imprévoyance du chirurgien qui ne se serait point hâté de pratiquer une incision aussitôt qu'il a reconnu la fluctuation; et encore dans ce cas, avons-nous dit plus haut, cette plaie est compliquée d'une manière très fâcheuse par le passage de l'urine qui a été la première cause, et du phlegmon, et de l'abcès urineux.

Quand cette plaie a été traitée méthodiquement pendant quelque temps, ses dimensions diminuent tellement qu'elle finit par ne plus présenter qu'une petite ouverture constamment entretenue par le

passage des urines; alors elle prend le nom de *fistule urinaire*, dont le traitement ne doit pas nous occuper; nous devons seulement la signaler comme une des affections qui peuvent compliquer les opérations pratiquées par la chirurgie.

Les abcès stercoraux qui ont leur siége à la marge de l'anus sont beaucoup plus graves, beaucoup plus dangereux; car ici les symptômes marchent avec une telle rapidité que la gangrène arrive souvent du 3e au 4e jour; et la mort du malade est le résultat inévitable de cette gangrène.

Il faut donc se hâter de faire une large ouverture, et la plaie résultant de cette incision livrera passage à une matière d'un rouge-brun très fétide, et qui offre une odeur *sui generis* qu'il est impossible de méconnaître quand on a été plusieurs fois à même de l'apprécier. Cette plaie offrira des bords d'un rouge-brun, quelquefois noirâtre, et résistera longtemps aux moyens employés pour favoriser sa cicatrisation, parce qu'ici, comme dans les abcès urineux, les matières qui s'écouleront par l'anus entretiendront l'existence de cette plaie jusqu'à ce qu'elle soit convertie en fistules, et dans ce cas encore, c'est une opération chirurgicale qui se complique d'une affection assez grave, parce qu'elle est quelquefois très difficile à guérir, et qu'elle offre assez souvent des récidives.

J'ai pourtant eu l'occasion de voir, quoique assez rarement, les plaies résultant des incisions prati-

quées sur des abcès stercoraux guérir sans laisser de traces ; mais ces exemples sont très rares, et il est du devoir du chirurgien d'annoncer, dans ces circonstances, tout le danger des conséquences d'une pareille affection. Il est surtout de son devoir de ne pas perdre un instant quand il est appelé pour donner des soins à un abcès urineux, à un abcès stercoral. Le moindre retard serait une faute d'autant plus grave, qu'elle compromettrait évidemment l'existence de son malade.

PLAIES DE TÊTE.

Les plaies de tête se divisent en plaies de la face, et en plaies du crâne.

Les plaies du crâne présentent différens degrés : ou bien le cuir chevelu est divisé seul, ou bien la division compromet l'intégrité de l'aponévrose épicrânienne et du muscle occipito-frontal, ou bien enfin cette double division est compliquée de la fracture des os du crâne. Les deux premiers degrés de ces plaies, quand elles n'offrent d'ailleurs aucune complication, ne doivent point inspirer d'inquiétude, et devront arriver à une terminaison heureuse. Mais quand elles sont compliquées de la fracture des os du crâne, elles sont beaucoup plus graves. Toutefois, quand cette fracture existe sans enfoncement, la blessure peut guérir sans offrir dans sa marche des accidens inquiétans. Mais il

n'en est pas de même quand cette fracture existe avec enfoncement ; dans ce cas, tous les signes de la compression du cerveau sont déterminés par cet enfoncement. Ainsi torpeur, coma profond, suspension du sentiment et du mouvement, respiration pénible, stertoreuse, pouls lent. L'indication urgente dans ces circonstances, c'est de faire cesser le plus promptement possible cette compression, et pour arriver à ce but, il faut découvrir largement la région occupée par la plaie pour mettre la fracture à découvert et enlever les fragmens osseux avec un élévatoire, ou bien après avoir appliqué une couronne de trépan. Ici l'indication est précise, et il faut la remplir instantanément. Aussitôt que les fragmens ne compriment plus l'organe encéphalique, les symptômes graves qui existaient diminuent progressivement, et l'état du blessé s'améliore jusqu'à sa complète guérison.

Mais les plaies du crâne peuvent exister sans la fracture des os de cette région, et se trouver compliquées d'affection pathologique extrêmement fâcheuse. Ainsi la commotion, la contusion et l'épanchement sont des affections qui compliquent très fréquemment les plaies du crâne.

COMMOTION.

La commotion peut présenter différens degrés. Ainsi le blessé, au moment de la percussion, aura éprouvé des éblouissemens, des tintemens d'oreille, et une suspension passagère du sentiment et du mouvement.

Le premier degré disparaît promptement, et n'offre d'ailleurs que des symptômes éphémères qui ne laissent bientôt plus de traces. Dans le second degré, le blessé, au moment où il a reçu le coup, tombe, perd connaissance, et présente tous les signes d'une suspension de mouvement et de sentiment qui dure quelquefois plusieurs heures. Dans ce second degré encore, très souvent les symptômes se modifient, se simplifient et disparaissent bientôt complètement. Dans le troisième degré, cette suspension du sentiment et du mouvement persiste pendant trois, quatre et même cinq jours.

Un pharmacien de l'armée des Alpes, attaché au service de l'hôpital militaire de Suze en Piémont, occupé alors par l'armée française, avait, dans une herborisation, fait une chute tellement grave sur une des montagnes qui avoisinent la ville, qu'il perdit à l'instant même connaissance. Apporté à l'hôpital, il fut placé dans la salle des officiers, où il fut entouré de tous les soins qu'exigeait

un état aussi grave; il fut soumis à un régime antiphlogistique très actif, à l'usage des boissons acidulées, du petit lait émétisé et de lavemens légèrement laxatifs. Plongé dans un sommeil profond, il avait perdu complètement l'usage du sentiment et du mouvement.

Les sinapismes, les vésicatoires, furent tour à tour invoqués inutilement. Le blessé resta trois jours dans cette triste position. Le quatrième jour au matin, le chirurgien-major, chargé en chef du service de l'hôpital, voulait recourir au trépan. Mais je le suppliai d'attendre encore quelques jours, parce que je ne voyais pas, dans les symptômes que présentait notre malade, de signes de compression, puisque le membre thorachique et abdominal du côté opposé à la percussion n'offrait point de signes de paralysie, et celle-ci s'observe toujours ou presque toujours, quand il existe réellement une compression; enfin, le cinquième jour, le blessé commença à ouvrir les yeux, à entendre les questions qui lui étaient adressées et auxquelles il faisait des réponses qui, quoique incohérentes, annonçaient une amélioration sensible dans un état qui avait inspiré autant d'inquiétude. Chaque jour, les progrès de l'amélioration devinrent plus remarquables : une alimentation légère fut administrée avec les plus grands ménagemens, et le vingtième jour, il put sortir de l'hôpital; mais ce ne fut qu'un mois après

sa sortie que notre blessé put reprendre ses fonctions. Il était tellement faible qu'il ne put les continuer pendant plus de quatre jours ; ce qui détermina le pharmacien en chef à lui faire accorder un congé de trois mois pour aller dans sa famille qui habitait Paris. Jamais, depuis cette époque, ce blessé n'a éprouvé la moindre altération dans sa santé, et aujourd'hui encore, il jouit de la plénitude de ses forces physiques et intellectuelles. Ainsi, d'après cette observation, nous pouvons conclure que les effets d'une commotion profonde peuvent persévérer pendant cinq ou six jours, non seulement sans déterminer la mort, mais même sans laisser la plus légère trace de son passage.

CONTUSIONS.

Les plaies du crâne peuvent aussi se compliquer de contusion; mais celle-ci n'est appréciable que quand les symptômes inflammatoires suivent plus ou moins immédiatement le moment de la percussion. Dans la commotion : coma profond, suspension de sentimens et de mouvemens, aucune manifestation de douleur, le pouls calme, lent; dans la contusion, des douleurs souvent très vives se manifestent plus ou moins promptement ; on en constate facilement l'existence par l'agitation qu'éprouve le malade, par les plaintes, par les cris qu'il fait entendre, par l'excitation générale qui ne lui

laisse pas un moment de repos, par un état fébrile qui offre des variations nombreuses, par la chaleur de la peau, par l'appétence des boissons, surtout des boissons rafraîchissantes, boissons qui sont rejetées par le vomissement et sont ensuite redemandées avec plus d'instance, par des sueurs abondantes. Cette affection pathologique très inquiétante exige l'emploi d'un traitement antiphlogistique très actif : les saignées générales et locales, les boissons rafraîchissantes acidulées, les lavemens émolliens, et grâce à l'emploi de ces moyens, on pourra triompher d'une complication aussi grave et qui a souvent une terminaison funeste ; mais le plus souvent, l'inflammation des méninges se termine par un épanchement de sérosité ou de suppuration qui ne tarde pas à produire la mort du blessé.

ÉPANCHEMENT.

Les plaies du crâne sont souvent compliquées d'épanchement : 1° épanchement sanguin ; 2° épanchement séreux ; 3° épanchement purulent.

L'épanchement sanguin est primitif ou consécutif. Primitif, il produit à l'instant même ou quelque temps après la percussion, tous les symptômes de la paralysie partielle, d'un bras ; ou bien la paralysie d'une moitié du corps, ce qui constitue une hémiplégie ; souvent cet épanchement va croissant jusqu'au moment où le blessé succombe. D'autres

fois, au contraire, les symptômes qu'il produit restent stationnaires, présentent des degrés de diminution, et quelquefois même le blessé obtient une guérison radicale; les signes qui annoncent l'épanchement sanguin sont, outre ceux que nous avons indiqués, un état de somnolence profonde, une respiration très pénible qui peut se dissiper assez facilement, mais qui, dans les circonstances les plus fâcheuses, persistent jusqu'à la mort du blessé.

Comme le chirurgien chargé du traitement du malade a atteint la conviction qu'il existe dans la cavité du crâne un épanchement mortel, puisqu'il a déjà résisté pendant quatre, cinq et six jours au traitement employé pour le combattre, il doit reconnaître la nécessité de recourir à l'opération du trépan. Il applique, par conséquent, une couronne dans le lieu qu'il présume être le siége de l'épanchement: heureux s'il peut rencontrer ce siége, que l'on cherche toujours, ou du moins le plus ordinairement dans le lieu du crâne opposé à celui qui est occupé par la plaie! Si l'on peut arriver à découvrir le lieu de l'épanchement, au moyen de cette trépanation, l'ouverture faite aux os du crâne pourra permettre à la collection sanguine de s'échapper facilement, si elle est placée au-dessus de la dure-mère; si, au contraire, elle est placée au-dessous de cette membrane, on reconnaîtra sa présence au soulèvement de cette membrane par l'épanchement, aux signes d'une fluctuation tan-

tôt assez obscure et tantôt évidente. En plongeant le bistouri dans cette collection sanguine, on pratiquera une incision assez large pour lui permettre de s'échapper à travers cette double ouverture et de la dure-mère et des os du crâne. Après cette évacuation, les symptômes pourront se simplifier, s'améliorer de jour en jour, et le blessé pourra arriver, quoique très lentement, à une guérison solide. Mais si l'épanchement existait dans un des points du cerveau, il serait impossible de le combattre, et le blessé serait voué à une mort certaine.

Il ne faut pourtant pas croire que les épanchemens sanguins déterminent toujours ou la paralysie ou l'hémiplégie. Au 23 décembre 1835, on apporta à l'hôpital de la Charité une femme de 70 ans qui avait fait, la veille de son entrée audit hôpital, une chute dans son escalier. Placée à la salle Sainte-Rose, n° 3, elle offrit à notre première visite, les symptômes suivans : 1° une plaie transversale qui s'étendait de l'angle antérieur externe du pariétal droit jusqu'au milieu du coronal. Cette plaie était superficielle et avait, d'après le récit de la malade, fourni une grande quantité de sang. Le front et la face présentaient de larges ecchymoses. La malade, affaiblie par son âge et par la perte de sang qu'elle avait subie la veille, fut mise à l'usage des boissons délayantes, rafraîchissantes, calmantes; seulement on ajouta à ces moyens un

lavement laxatif matin et soir. Cette malade n'avait pas éprouvé le plus léger signe de commotion; elle avait conservé l'intégrité de son intelligence. Elle exécutait des mouvemens, soit des membres thorachiques, soit des membres abdominaux avec une égale facilité; les boissons qu'elle prenait, fatiguaient si peu son estomac qu'elle en demandait chaque jour à la visite une quantité plus considérable que celle qu'on lui avait donnée la veille; elle n'avait éprouvé ni nausées, ni vomissemens: sa plaie, pansée chaque jour avec un plumasseau de charpie enduit de cérat, suivit une marche régulière.

Pendant les six premiers jours qu'elle passa à l'hôpital, on observa peu de changemens dans son état; mais le septième jour, elle éprouva un mouvement fébrile très remarquable. Ce mouvement de fièvre prit bientôt un caractère typhoïde et la malade succomba le douzième jour, mais elle avait conservé jusqu'au dernier moment l'usage de ses membres. A l'autopsie, l'ouverture du crâne laissa voir une collection sanguine, formant un large caillot, placé sur la dure-mère, qui est recouverte par le tiers antérieur du pariétal droit. Ce caillot pouvait offrir le volume d'une forte amande recouverte de son enveloppe, et pourtant il n'avait pas existé le moindre signe de compression cérébrale. Ne pourrait-on pas expliquer ce phénomène d'une manière rationnelle en disant

que chez les vieillards, le cerveau diminuant de volume, laisse à un corps étranger la possibilité de se loger dans un des points du crâne sans y déterminer la compression de l'organe encéphalique, et, par conséquent, sans produire les signes de la compression? Quant à nous, c'est la seule manière de nous rendre compte des phénomènes dont nous avons donné les détails dans l'histoire de cette maladie.

ÉPANCHEMENS PURULENS.

Les plaies du crâne peuvent être compliquées d'épanchemens purulens dans la cavité encéphalique; mais pour que ces épanchemens existent, il faut qu'ils aient été précédés de douleurs très vives, d'une agitation extrême, d'un état fébril très prononcé, souvent d'accès de délire intermittent; quelquefois de rêvasseries et de paroles entrecoupées, incohérentes, qui annoncent une altération profonde de l'organe cérébrale. Dans ce cas, comme dans tous ceux de compression, soit sanguine, soit séreuse, il existe toujours une paralysie plus ou moins remarquable, et pour peu que cette paralysie ou cette hémiplégie persévère, il faut encore employer le trépan, ainsi que nous l'avons dit plus haut; et ce trépan doit être appliqué dans la région qui paraît causer le plus de douleurs au blessé; ce siége de la douleur est sou-

vent très obscur, très difficile à deviner; mais on observe que le malade porte souvent la main sur un point du crâne plus fréquemment que sur l'autre, et ce mouvement automatique peut jusqu'à un certain point éclairer le diagnostic du chirurgien. Quand la portion d'os circonscrite par la couronne de trépan a été enlevée, on trouve quelquefois la dure-mère soulevée par l'épanchement : l'indication est précise, il faut inciser la dure-mère pour donner issue à la collection purulente. Aussitôt que cette évacuation a eu lieu, les symptômes diminuent d'intensité. Le malade, qui avait été jusque là plongé dans un état de torpeur profonde, ouvre les yeux, regarde autour de lui ce qui se passe, et semble revenir à une nouvelle vie. Son état devient de jour en jour plus satisfaisant, la convalescence s'établit, et il arrive à une guérison presque miraculeuse; car dans le plus grand nombre de ces affections pathologiques, on n'est pas assez heureux pour rencontrer la collection, et rien ne peut arracher le malade à la mort qui le menace.

Remarquons ici que toujours les épanchemens séreux et purulens sont précédés d'un état inflammatoire plus ou moins aigu, accompagné de douleurs qui excitent les plaintes, les gémissemens, les cris du malade, cris aigus qui ont un caractère particulier, et appartenant essentiellement aux méningites, tandis que rien de semblable

n'apparaît dans la commotion et dans l'épanchement sanguin, symptômes qui existent tantôt isolément, tantôt en même temps chez le même blessé. Ainsi, par exemple, tous les signes de la commotion existeront seuls pendant deux ou trois jours ou même davantage; mais à cette époque le blessé reprendra l'usage du sentiment et du mouvement qui avait été suspendu, alors il est clair que la commotion seule produisait les symptômes observés chez le blessé; l'épanchement sanguin peut s'établir quelques heures après la commotion, pendant que celle-ci se manifeste avec tous les symptômes auxquels succèdent bientôt les signes évidens d'une paralysie partielle, ou occupant la moitié du corps, paralysie qui ne peut être que le résultat d'une collection sanguine. Ainsi, dans cette circonstance, il est facile d'apprécier les signes réunis et de la commotion qui a été primitive, et de l'épanchement sanguin qui a été consécutif. Cette nouvelle complication, beaucoup plus fâcheuse que la première, est fréquemment au-dessus des moyens que l'on peut employer pour la combattre, à moins qu'une application très heureuse du trépan ne mette le chirurgien sur la trace du lieu de l'épanchement, et ne lui donne la facilité d'enlever cette collection sanguine cause essentielle de la mort qui frappera le blessé.

Dans des cas extrêmement rares, un épanchement sanguin peu considérable, qui a déjà déter-

miné des signes de paralysie et même d'hémiplégie, peut être résorbée par les seules forces de la nature, après un laps de temps plus ou moins long; mais ici c'est la nature seule qui fait tous les frais de la guérison. Nous allons en voir la preuve dans l'observation suivante :

Un élève de l'école Polytechnique reçut, en 1833, un coup de fleuret déboutonné, qui fut porté obliquement dans l'œil droit, et pénétra jusques dans l'hémisphère du cerveau du même côté. Le jeune homme blessé à neuf heures du soir, tomba, perdit connaissance, et ne la récupéra que vingt-quatre heures après. A l'instant même on reconnut une paraplégie du côté gauche. Le jeune homme, d'une constitution pléthorique, vigoureuse, fut soumis à un régime antiphlogistique très énergique, à l'usage des boissons laxatives, des lavemens purgatifs furent administrés, mais rien ne put diminuer les symptômes d'hémiplégie qui existaient à un très haut degré. M. le baron Dupuytren, appelé en consultation, conseilla l'usage de l'émétique en lavage, et l'application d'un large séton à la nuque. Ces moyens n'obtinrent pas plus de succès que ceux qui avaient été employés d'abord. Six mois après son accident, le blessé fut envoyé aux eaux de Bourbonnes. Il en revint avec un peu d'amélioration dans sa position : il commençait à exécuter quelques mouvemens; enfin, après deux ans et demi, il recouvra la presque to-

talité de ses mouvemens, aujourd'hui il n'éprouve plus, du côté malade, qu'un peu de faiblesse, et sa santé présente un état aussi satisfaisant que possible sous tous les rapports. Remarquons toutefois que ses facultés intellectuelles n'ont pas été un instant altérées, et qu'il n'a pas même éprouvé cet affaiblissement moral presque toujours inséparable d'une lésion cérébrale; car il a toujours conservé et sa gaîté et son courage, et son énergie.

Il est impossible de nier ici l'existence d'une collection sanguine, elle est prouvée jusqu'à l'évidence : 1° par le trajet du corps vulnérant ; 2° par l'hémiplégie qui s'est manifestée vingt-quatre heures après le coup reçu; 3° par la persévérance prolongée de cette hémiplégie; 4° enfin par la disparition successive des symptômes de l'épanchement, qui n'ont pu être que le résultat de l'absorption du caillot; et certes cette absorption n'a pu être déterminée que par le travail, les efforts et la puissance admirable de la nature. N'oublions pas toutefois que le blessé avait 22 ans, qu'il était doué d'une constitution vigoureuse, et que chez ces sortes de sujets, la nature est beaucoup plus riche en ressources que chez ceux qui se trouvent placés dans des circonstances opposées. Remarquons aussi que le blessé n'a point éprouvé ces douleurs qui précèdent les épanchemens séreux et purulens, circonstance qui vient encore à l'appui de l'opi-

nion qui ne peut pas admettre en un autre épanchement qu'un épanchement sanguin.

Les plaies du crâne sont donc souvent compliquées d'affections extrêmement graves, et qui déterminent fréquemment la mort des sujets, ou qui d'autres fois laissent après elles des traces indélébiles, comme l'affaiblissement et même la perte de certains mouvemens, et l'affaiblissement du cerveau, qui perd en partie ses facultés.

Les plaies du crâne se compliquent aussi assez fréquemment d'érysipèles, affection qui souvent se borne au cuir chevelu, mais qui étend quelquefois son influence terrible sur les méninges, et produit une mort rapide.

L'érysipèle, qui occupe le cuir chevelu, détermine fréquemment l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, l'inflammation et l'exfoliation de l'aponévrose épicranienne, exfoliation qui exige souvent un travail long et qui perpétue l'existence des ouvertures à travers lesquelles s'échappent les débris de l'aponévrose. Mais ces produits de l'érysipèle sont beaucoup moins fâcheux que la complication d'une meningite quelquefois determinée par la marche érysipèlateuse. Dans ce cas, des douleurs violentes continues, accompagnées d'une fièvre très vive, d'une agitation extrême, d'un coma souvent interrompu par des rêvasseries, par une loquacité intarissable et qui doit épuiser les forces du blessé, sont les tristes avant-coureurs d'une

terminaison funeste; et malgré les antiphlogistiques, les débilitans, les calmans, auxquels on fait succéder souvent les irritans employés dans les régions éloignées de la tête, et, ainsi qu'on le dit vulgairement, comme dérivatifs, les accidens vont toujours croissant jusqu'à la mort.

Cependant, pour que l'érysipèle de la face ou du cuir chevelu se termine d'une manière aussi funeste, il est probable que le cerveau offrait à l'avance des causes prédisposantes qui ont puissamment secondé l'influence rapide et totale de l'érysipèle, qui, dans des circonstances ordinaires, aurait suivi sa marche accoutumée, et se serait terminé en 10 ou 12, ou 14 jours au plus.

PLAIES DE LA FACE.

Ces plaies, quelle que soit leur étendue, guérissent ordinairement avec la plus grande rapidité, grâce aux tissus élastiques qui se prêtent merveilleusement aux réunions par première intention Cependant j'ai eu l'occasion d'observer deux fois à l'hôpital Cochin deux plaies de la face occupant l'arcade sourcillière, présenter des complications très graves sur deux malades placés salle Saint-Charles, nos 1 et 5.

Ces deux blessés portaient à l'arcade sourcillière droite une petite plaie produite, chez l'un par un coup de couteau, chez l'autre par une chute faite

sur une rampe de fer. Chez le premier, les symptômes du tétanos s'annoncèrent le lendemain de son entrée à l'hôpital, et il succomba quatre jours après, malgré l'emploi du traitement le plus actif.

Le second blessé eut un trismus qui persévéra pendant cinq jours, et qui, à cette époque seulement, commença à diminuer jusqu'à la guérison du malade, qui sortit de l'hôpital vingt jours après son entrée.

Les plaies de la face qui occupent la région inférieure, et qui sont placées entre le menton et l'angle de la mâchoire inférieure, peuvent aussi se compliquer de la lésion du canal salivaire et produire la fistule de ce nom; il suffira que le chirurgien suive avec attention les progrès de la marche de la plaie, pour prévenir la complication fâcheuse que constituerait une fistule salivaire.

Les plaies qui occupent les lèvres soit supérieure, soit inférieure, doivent toujours être réunies, par première intention, à l'aide de la suture entortillée, 1° pour prévenir la difformité; 2° pour favoriser les efforts de la nature, afin d'obtenir une guérison aussi prompte que possible.

Les plaies de la face qui divisent les tuniques de l'œil produisent souvent à l'instant même l'évacuation partielle ou totale des humeurs contenues dans les membranes, et par le fait de cette évacuation, la perte de la vision est la conséquence inévitable de cette lésion.

Aussi cet accident est un des motifs les plus puissans pour faire préférer l'opération de la cataracte par abaissement ou déplacement; car ce mode d'opération ne produit jamais l'accident dont nous parlons, tandis que l'opération par extraction, même dans les mains les plus exercées et les plus habiles, ne détermine que trop souvent l'évacuation partielle ou totale des humeurs de l'œil destinées à la transmission des rayons lumineux.

PLAIES DE POITRINE.

Les plaies de poitrine peuvent se compliquer

1° De fracture de côte;

2° De lésions de la plèvre, des poumons, du cœur et des vaisseaux thorachiques.

FRACTURES DE CÔTE.

Ces fractures, souvent simples, produisent pourtant quelquefois l'emphysème, accident grave et qui peut déterminer promptement la mort du malade quand on n'emploie pas les moyens qui sont appropriés à ces affections pathologiques. Si l'emphysème est peu considérable, le bandage de corps destiné au traitement de la fracture des côtes, en établissant une compression ferme et

continue, favorisera la diminution et la guérison de cette complication. Mais quand l'emphysème, faisant chaque jour de nouveaux progrès, menace l'existence du blessé, il faut pratiquer des incisions dans le voisinage de la région vulnérée, et l'air qui s'échappe à travers ces incisions, en procurant au malade un soulagement subit, prépare sa guérison, dont le terme ne peut être assigné d'une manière rigoureuse.

LÉSION DES PLÈVRES, DES POUMONS, DU CŒUR ET DES VAISSEAUX THORACHIQUES.

Les plaies pénétrantes de la poitrine sont souvent compliquées de la lésion des plèvres, qui est caractérisée par une douleur fixe, augmentée à la fin de chaque inspiration, accompagnée d'une toux fréquente sans expectoration. Cette affection exige l'emploi d'un traitement antiphlogistique très énergique, et le plus souvent ce traitement est couronné de succès.

Ces plaies sont aussi fréquemment compliquées de la lésion du parenchyme pulmonaire et des vaisseaux qui le parcourent. Dans ce cas, au moment où la blessure a été reçue, le malade éprouve le besoin de tousser, et les matières muqueuses, produit de l'expectoration déterminée par la toux, sont sanguinolentes. Quelquefois le blessé rejette du sang

vermeil et pur. Dans ce cas encore, il faut employer les antiphlogistiques avec plus d'énergie et plus de rapidité que dans le cas précédent, car le malade est exposé au plus grand danger. Lorsque la plaie extérieure livre passage à la suppuration produite par la lésion du parenchyme pulmonaire, cette suppuration se reconnaît aisément à une fétidité extrême, à une odeur *sui generis* qu'on ne peut apprécier que quand on a eu souvent l'occasion de faire de pareils pansemens.

Ces plaies sont quelquefois compliquées de la lésion d'une des cavités du cœur, et pour peu que toute l'épaisseur que présente une de ces cavités soit intéressée dans son entier, une hémorrhagie promptement mortelle remplit la cavité du péricarde, et le blessé succombe presque instantanément.

On a beaucoup parlé de la hernie du poumon comme compliquant les plaies pénétrantes de poitrine. J'ai vu un assez grand nombre de ces lésions, soit à l'armée d'Allemagne, soit à l'armée d'Italie, et je n'ai pas rencontré une seule fois cette complication. Dans le cas où elle se présenterait, il me semble que l'indication à remplir serait bien simple; il faudrait en effectuer la réduction, qui serait d'autant plus facile qu'elle serait récente et qu'elle n'aurait point contracté d'adhérence avec les bords de la plaie. Si ces adhérences existaient, il serait d'autant plus prudent de les conserver,

qu'en voulant les déruire on pourrait déchirer quelques vaisseaux qui fourniraient une hémorrhagie inquiétante et même funeste.

Les plaies pénétrantes de poitrine se compliquent souvent d'hémorrhagies fournies par la lésion d'une artère intercostale ou des vaisseaux situés profondément dans le thorax. Cette dernière hémorrhagie est promptement mortelle; quant à la première, on peut s'en rendre maître au moyen d'une double plaque, qui est fixée en partie sur la face interne et en partie sur la face externe de la côte sous laquelle rampe le vaisseau blessé.

Cette dernière complication nous conduit à la discussion d'un point de doctrine qui n'a pas encore été décidé d'une manière rigoureuse.

Dans les plaies pénétrantes de poitrine, doit-on agrandir la plaie, ou, en d'autres termes, doit-on la débrider?

Je suis pour la négative, et je crois devoir appuyer mon opinion, 1° sur l'inutilité de l'incision, qui non seulement ne remédie pas au désordre produit profondément, mais pourra encore y ajouter; car, en supposant une hémorrhagie interne, le caillot formé par suite de cette hémorrhagie pourra comprimer l'ouverture du vaisseau qui aura fourni ce sang, et, par conséquent, mettre fin à cet accident; tandis que si ce caillot n'était pas emprisonné dans le lien qu'il occupe, l'hé-

morrhagie continuerait jusqu'à ce que les forces du blessé fussent épuisées, et la mort suivrait de près cet épuisement.

Les plaies pénétrantes de poitrine, compliquées de la présence de corps étrangers, sont d'autant plus graves, qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, dans la plupart des cas, de reconnaître la présence de ces corps, et quand on pourrait savoir le lieu qu'ils occupent, le plus souvent il serait impossible d'en faire l'extraction. Toutefois, on a vu quelquefois ces corps étrangers, des balles de plomb, par exemple, séjourner long-temps et impunément dans la cavité thorachique, dont l'amplitude peut bien leur permettre de s'y loger sans gêner en aucune manière l'acte de la respiration.

Parlerons-nous de la lésion de l'œsophage dans les plaies pénétrantes de poitrine ? Mais cette complication doit être toujours mortelle, non seulement à cause de la lésion œsophagienne, mais encore et surtout à cause des désordres qui ont été produits par les corps vulnérans avant qu'ils soient parvenus jusqu'à l'œsophage.

Pour nous résumer, nous dirons que les plaies pénétrantes de poitrine sont presque toujours accompagnées d'affections mortelles primitivement ou consécutivement, et que dans des lésions aussi menaçantes, s'il existe un moyen de salut, c'est dans l'application d'un traitement antiphlogistique ca-

pable de prévenir ou de combattre des inflammations imminentes, ou dans la conduite sage et prudente d'un praticien qui a l'habitude de juger les cas dans lesquels, au lieu de prescrire des évacuations, il faut au contraire soutenir les forces du blessé pour mettre la nature à même d'employer des ressources souvent inespérées. Les plaies de la trachée-artère offriraient au moins autant de gravité que celles de l'œsophage.

PLAIES DE L'ABDOMEN.

Ces plaies, comme celles de la poitrine, se divisent en non pénétrantes et en pénétrantes; nous ne nous occuperons que de ces dernières.

Ces plaies se compliquent ordinairement d'affections très graves et qui ont un caractère particulier suivant la région qu'elles occupent.

1° Dans l'épigastre. Lésion de l'estomac appréciable, 1° par l'écoulement des alimens liquides ou solides, mais surtout liquides, à travers la plaie intérieure; 2° par des vomissemens auxquels se trouvent mêlées des stries de sang, et quelquefois du sang pur ou liquide ou en caillots. Ces affections pardonnent rarement, et elles déterminent souvent la mort du blessé par suite d'une péritonite suraiguë produite par l'épanchement des boissons dans la cavité abdominale.

2° Dans la région hypocondriaque droite la

cause vulnérante peut atteindre le foie, lésion promptement reconnaissable à la profondeur et à la direction de la plaie, à la douleur très vive qui l'accompagne, à des nausées, à des hoquets, à des vomissemens sans résultat, à la teinte jaunâtre des urines, à la coloration en jaune des conjonctives, de la peau du visage, enfin à un ictère général. Cette affection, combattue vivement et rapidement par les antiphlogistiques appliqués sous toutes les formes, peut se simplifier et guérir plus ou moins promptement; mais souvent, quand le corps vulnérant a divisé largement le parenchyme du foie, il survient un épanchement sanguin qui est d'autant plus promptement mortel qu'il est plus abondant; à plus forte raison quand le corps vulnérant a divisé les tuniques de la vésicule-biliaire, voyons-nous un épanchement bilieux produire une péritonite très aiguë, très douloureuse, et qui se termine par une mort précédée de douleurs violentes et continues.

3° Si la plaie pénétrante a son siége dans la région ombilicale, pour peu que le corps vulnérant ait pénétré à une certaine profondeur, la lésion des intestins grêles sera suivie d'un épanchement de matières stercorales dans la cavité abdominale de la péritonite suraiguë. Mort prompte.

Le signe pathognomonique de ces blessures se tire de l'inspection des évacuations alvines, qui, dans toutes ces lésions, présentent un mélange de

sang noir liquide ou en caillots délayés au milieu des matières stercorales.

4° Si la plaie pénétrante occupe une des régions iliaques, droite ou gauche, dans le premier cas, la lésion du cœcum; dans le second, la lésion de la portion iliaque du colon, pourra exister avec des circonstances d'autant plus favorables à la guérison, que ces deux portions du gros intestin, fixées d'une manière assez ferme et assez large dans les régions qu'elles occupent, pourront, en favorisant à l'extérieur l'issue des matières stercorales qui les traversent, contracter une adhérence avec les lèvres de la plaie extérieure, et par suite favoriser la marche d'une cicatrice solide qui, en complétant le tube intestinal au moyen de l'application des tégumens, réparera la perte de substance due à l'action du corps vulnérant. Il existe alors une continuité qui favorise le passage des matières stercorales, et rend pour ainsi dire au tube intestinal son état normal. Sans doute ces guérisons ne s'obtiennent pas toujours très facilement; pourtant on conçoit aisément la théorie de leur formation, et la modification des moyens qui peuvent seconder les efforts que la nature emploie presque toujours avec succès quand ils sont bien dirigés.

5° Les plaies pénétrantes dans les régions lombaires produisent quelquefois, quoique rarement, la lésion des reins. Cette lésion se reconnaîtra à

un mélange de sang qui sera entraîné par les urines. Ces sortes de lésions sont très rares, et je pense qu'elles ne seraient pas très inquiétantes pour leurs conséquences, si on avait de suite recours aux moyens antiphlogistiques propres à prévenir l'inflammation de l'organe blessé.

6° Quand la matrice présente un état de vacuité, les plaies qui pénètrent dans la région hypogastrique ne peuvent guère atteindre l'utérus; mais quand celui-ci, contenant le produit de la conception, est arrivé à un certain développement, la lésion de cet organe produit bientôt des contractions utérines qui déterminent l'avortement, ou bien, une métrite aiguë ou une métro-péritonite très grave, et qui doit se terminer le plus souvent par la mort.

Dans ce cas encore, et plus que dans tous les autres, s'il est possible, il faut recourir aux traitemens antiphlogistiques les plus puissans.

Les plaies de cette région atteignent bien plus fréquemment la vessie, surtout quand elle se trouve dans un état de plénitude. Les signes de cette lésion sont faciles à reconnaître par la situation de la plaie, et surtout par la couleur des urines qui charrient du sang plus ou moins abondamment.

Souvent la lésion des membranes vésicales, livrant passage à l'urine, favorisent l'infiltration de ce fluide dans le tissu cellulaire ambiant, infiltra-

tion qui peut déterminer une péritonite mortelle, ou la formation d'abcès urineux, dont les suites sont toujours très graves et les terminaisons très incertaines.

J'ai cru devoir présenter, dans cet exposé très rapide, le tableau analytique des plaies et de leurs complications, pour ainsi dire, spéciales. Nous allons maintenant nous occuper des affections qui compliquent le plus souvent les plaies, surtout après les opérations.

DOULEUR.

La douleur est une complication inséparable de toutes les opérations; elle exise à différens degrés selon les différens sujets; elle est facilement exaltée dans les constitutions nerveuses; elle acquiert souvent un développement formidable, en raison des régions sur lesquelles sont pratiquées ces mêmes opérations.

Ainsi on remarque chaque jour dans la pratique que l'ablation des tumeurs qui occupent les régions cervicale et dorsale, ou bien de celles qui ont leur siége dans le voisinage des mamelles, ou dans les mamelles elles-mêmes, produit souvent des douleurs tellement aiguës, tellement violentes, que le malade succombe pendant l'opération.

On voit assez souvent des blessés qui commandent, pour ainsi dire, à cette douleur, et présentant

pendant l'opération un front impassible, emploient toute leur énergie pour s'élever au-dessus des impressions qu'ils subissent. Il n'est pas rare de voir chez de tels sujets l'invasion du tétanos qui vient les frapper quelques heures après l'opération. Dans le premier cas, le malade a succombé parce qu'il ne pouvait pas résister à l'atrocité des douleurs qu'il ressentait ; dans le second, le blessé, en employant toute son énergie pour faire taire le sentiment de la douleur qu'il éprouvait, a établi sur le système nerveux une réaction telle, qu'il a provoqué le développement des convulsions ou même du tétanos auquel il ne pouvait résister que par une exception extrêmement rare. La conduite à tenir dans l'une et l'autre circonstance consiste à apprécier à sa juste valeur le moral du malade. Dans la première supposition, on devra recourir à l'avance, et pendant les jours qui précéderont l'opération, aux moyens propres à diminuer autant que possible la sensibilité du sujet. Quelques saignées générales, des bains, des potions légèrement calmantes, des boissons mucilagineuses, gommeuses et légèrement laxatives, une alimentation très légère, tels sont les moyens qu'on emploiera pour diminuer l'exaltation nerveuse, si redoutable dans un pareil moment.

Dans la seconde supposition, il faudra recommander au malade, non seulement de ne point faire d'efforts pour comprimer la douleur qu'il

éprouvera, mais il faut au contraire l'engager à céder au besoin de se plaindre et de faire entendre ces cris, ces gémissemens, qui doivent être exprimés dans la plupart des circonstances où une opération grave est pratiquée.

Chez les enfans la douleur est ordinairement plus vive que chez les vieillards ; elle est aussi plus vive chez les femmes que chez les hommes ; par conséquent, la conduite du chirurgien sera toujours tracée par les différences que nous venons de signaler, et tous ses efforts devront tendre à employer tous les moyens pour diminuer la sensibilité de ces sortes de sujets, afin d'éviter de pareilles catastrophes. L'opération de la taille, les amputations des membres, sont des opérations qui produisent toujours des douleurs excessives ; douleurs contre lesquelles on doit constamment se tenir en garde, car chez certains sujets elles pourraient devenir funestes, si on ne s'était emparé à l'avance et du moral et de la confiance illimitée du blessé.

Si l'excès de la douleur détermine quelquefois une mort instantannée, des convulsions ou le tétanos, il arrive plus souvent encore que ces douleurs produisent des fièvres ardentes, des fièvres nerveuses, des fièvres pernicieuses, auxquelles l'opéré résiste rarement. On préviendra l'invasion de ces fièvres en suivant les indications que nous avons signalées plus haut. Grâces à l'emploi de ces moyens, on prépare souvent les chancés les plus heureuses pour le succès de l'opération.

HÉMORRHAGIES.

Les hémorrhagies sont les complications les plus fréquentes que l'on observe pendant et après les opérations. On prévient les hémorrhagies pendant les opérations, par exemple, dans les amputations des membres thorachiques ou abdominaux, en faisant comprimer exactement les troncs artériels qui se distribuent à celui des membres qui doit subir l'amputation. Mais souvent cette compression n'est pas faite d'une manière rigoureuse, et un jet artériel qui s'élance au milieu de l'opération indique l'inexactitude de cette compression. Il faut recommander une constriction plus forte, ou bien faire appliquer le doigt d'un aide sur la bouche artérielle qui fournit l'hémorrhagie ; et, l'amputation terminée, on procèdera de suite à la ligature des artères qui ont été divisés par l'instrument à l'aide duquel le membre a été retranché. On doit commencer par lier le tronc artériel principal ; on fera ensuite la ligature des artères collatérales, de manière à assurer la tranquillité de l'avenir par l'application de ces mêmes ligatures. Pour ne point provoquer la rétraction des artères ou des artérielles après l'amputation, il faudra toujours se servir d'eau tiède et même chaude pour nettoyer la surface de la plaie ; il faudra que cette même plaie ne soit point exposée à l'influence d'une at-

mosphère froide, qui pourrait produire la rétraction que nous redoutons; et devrait ainsi dérober les ramifications artérielles aux investigations du chirurgien.

Aussitôt que les ligatures seront faites, et que la surface de la plaie ne sera plus recouverte par un sang artériel, facile à reconnaître à sa couleur vermeille et brillante, on procèdera à l'application de l'appareil de pansement dont la compression sera très modérée, et le blessé sera reporté dans son lit et soumis au traitement qui doit toujours être employé à la suite des grandes opérations.

Que penser maintenant du précepte qui recommande de mettre une ou deux heures d'intervalle entre l'opération et le moment où l'on appliquera l'appareil de pansement. Le chirurgien habile qui avait établi ce précepte comme un point de doctrine du plus haut intérêt, répétait constamment que cet intervalle était nécessaire pour être bien sûr de lier tous les vaisseaux qui avaient été divisés; mais il me semble que cette heure d'attente, pour le malade, doit être une heure cruelle, puisque ce malheureux reste pendant tout ce temps sous le coup d'une terreur profonde et d'une inquiétude perpétuelle, et certes rien n'est plus propre à aggraver sa position que les influences morales dont il se trouve entouré par cet ajournement. Je pense donc qu'il est préférable, à tous égards, de terminer le plus tôt possible cette opération,

afin de procurer au malade ce calme complet, cette quiétude parfaite dont il a un si grand besoin après une opération si douloureuse.

Quelques praticiens ont substitué la torsion des artères à la ligature. Leur préférence s'appuie sur la possibilité de réunir les plaies par première intention, sans laisser dans la plaie les bouts de fils qui servent à faire les ligatures. Cette question, d'un haut intérêt, est loin d'être résolue d'une manière rigoureuse. Le temps, ce grand maître, et les observations des praticiens, dont toutes les pensées tendent à perfectionner la chirurgie théorique et pratique, pèseront toutes les raisons qui militent pour ou contre la torsion, et lui assigneront la place qu'elle doit occuper.

L'hémorrhagie peut quelquefois aussi êtrearrêtée par la simple compression; mais ce moyen ne peut être employé avec succès que quand il existe un plan ferme et résistant pour favoriser l'effet de cette compression: ainsi, par exemple, dans les plaies du crâne, qui sont compliquées d'une hémorrhagie artérielle fournie par les vaisseaux qui parcourent la circonférence de cette région, une compression exacte tarira facilement et complètement la source de cette hémorrhagie. D'autres fois, l'hémorrhagie est fournie par des ramifications nombreuses et, pour ainsi dire, capillaires: ainsi, après l'ablation de certaines tumeurs, situées dans les différentes parties du corps, particulièrement dans les régions cervi-

cale, dorsale et thorachique, l'hémorrhagie est fournie souvent par des ramifications innombrables qui défient et la ligature et la compression. Dans ce cas, il faut recourir à la cautérisation; c'est alors que le fer rougi à blanc et porté sur les bouches béantes de ces vaisseaux détermine la formation d'une escarre dont la puissance suffit pour suspendre l'hémorrhagie à l'instant même, et quand cette escarre vient à se séparer, phénomène qui arrive du huitième au dixième jour, les ramifications artérielles ou veineuses se sont oblitérées, et, par conséquent, l'hémorrhagie n'est plus redoutable.

Ainsi donc, toutes les fois qu'après les opérations, ou pendant la marche des plaies qui n'ont point exigé d'opération, nous verrons une hémorrhagie se manifester, nous aurons, selon leurs modifications, recours à l'emploi d'un des moyens indiqués plus haut, savoir : la ligature, la compression ou la cautérisation.

L'INFLAMMATION.

L'inflammation est une des complications les plus fréquentes des opérations. L'inflammation, cet état pathologique qui est toujours accompagné de douleur, de tumeur, de rougeur et de chaleur, est une de ces affections qui accompagnent toujours les plaies, et très fréquemment

les opérations. Elle marche souvent d'une manière graduée ; tous les tissus qu'elle occupe se développent de jour en jour de manière à acquérir un volume plus ou moins considérable. La douleur qui existe à un degré plus ou moins élevé appelle dans toute l'étendue de la plaie une circulation plus active. De là la distension de tous les tissus engorgés par cette circulation ; de là aussi la rougeur qui est produite par la présence du sang, beaucoup plus abondant que de coutume dans cette région. Or, si le sang lui-même est porté avec plus d'abondance sur ce point, il doit produire un excès de chaleur, puisqu'il est le véhicule du calorique. Dans le cas où l'inflammation est modérée, du cinquième au sixième jour, la suppuration qui s'établit devra diminuer l'intensité de l'état inflammatoire ; chaque jour cette diminution sera d'autant plus sensible, que le sujet, doué d'une bonne constitution, présentera lui-même les conditions favorables à la marche et à la terminaison de la plaie.

Mais l'inflammation ne suit pas toujours une marche aussi heureuse. Quelquefois ses progrès sont si rapides, sont si violens, qu'ils se terminent par la gangrène.

LA GANGRÈNE.

On donne le nom de gangrène à cet état pathologique dans lequel les parties molles, désorganisées, sont frappées de mort. La gangrène se reconnaît à une odeur fétide qui lui appartient exclusivement. Elle présente un aspect brunâtre, noirâtre, auquel on a donné le nom d'escarre. La gangrène est idiopathique ou symptomatique. Nous ne devons pas nous occuper de cette dernière, car il ne peut être ici question que de la gangrène traumatique. Cette affection présente trois degrés distincts : ou bien elle occupe une partie de la peau, c'est la gangrène superficielle; ou bien elle occupe la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et une portion des parties molles situées au-dessous de ce tissu cellulaire, c'est alors une gangrène profonde; ou bien elle frappe la totalité du membre, c'est une gangrène totale, connue plus particulièrement sous le nom de sphacèle.

Dans la première espèce, l'escarre gangréneuse, combattue par l'application des moyens émolliens, et par l'administration à l'intérieur de boissons fortifiantes, de boissons stimulantes, se détache plus ou moins lentement, en présentant toujours et la même marche et les mêmes phénomènes,

sous l'influence des moyens que nous venons d'indiquer. L'escarre est entourée d'un cercle rougeâtre qui indique évidemment que la nature veut repousser cette partie morte pour faire place à un tissu rougeâtre-grenu, destiné à établir une cicatrice bonne et solide. On a renoncé à l'application des onguens stimulans, des poudres escarrotiques, des lotions styptiques, et surtout à l'usage des poudres, qui, formant à la surface des escarres un corps compacte, emprisonnaient la sanie dans le fond de la plaie, et par conséquent aggravaient l'état du blessé. On se contente aujourd'hui d'ajouter aux moyens que nous avons recommandés quelques lotions propres à neutraliser l'odeur infecte qui s'exhale de la surface de la plaie, comme l'eau-de-vie camphrée, le vinaigre camphré, et par-dessus tout l'acide muriatique étendu dans une certaine quantité d'eau. Aussitôt après la chute de l'escarre, on voit dans le fond de la plaie un réseau de petits bourgeons charnus destinés à former la cicatrice, qui marche toujours de la circonférence au centre, et qui se fait attendre d'autant plus long-temps, que l'escarre était plus large, et que la plaie présente des dimensions plus étendues.

Dans le second degré de la grangrène, ou gangrène profonde, non seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, mais encore une partie des tissus subjacens, sont envahis par cette maladie.

Cette affection est beaucoup plus grave que celle que nous venons d'étudier; aussi n'est-il pas rare de la voir se terminer d'une manière funeste; cependant, quelquefois la nature trouve assez de ressource, non seulement pour triompher du danger, mais encore pour préparer une guérison solide, en favorisant un travail de séparation pour l'escarre et de cicatrisation pour la plaie profonde résultant de l'expulsion de cette même escarre. Il est presque inutile de dire que dans cette seconde circonstance, il faudra un laps de temps beaucoup plus long; la plaie marchera d'une manière beaucoup plus lente et n'arrivera qu'avec peine au complément de la cicatrice: heureux quand ce travail, déjà si long, n'éprouve point d'entrave qui puisse contrarier les vues et les efforts de la nature dans des circonstances si graves et qui sont toujours plus ou moins accompagnées de dangers de toute espèce.

Le troisième degré de la gangrène, connu sous le nom de sphacèle, comprend la mortification de la totalité du membre, dans une étendue plus ou moins considérable.

La peau qui recouvre cette partie sphacélée est d'un gris noirâtre, mollasse, froide au toucher et toujours accompagnée de cette odeur fétide qui appartient essentiellement aux gangrènes. Cette terminaison ne peut pas arriver sans que le malade ait perdu une grande partie de ses forces : aussi re-

marque-t-on sur le facies de ce blessé un affaissement presque complet ; le pouls est petit, serré ; un mouvement fébrile peut imprimer momentanément une exaltation plus ou moins prononcée chez ce malade ; mais il ne s'en trouve pas moins dans un état de faiblesse très inquiétant, et le chirurgien, dans ce cas, ne doit pas perdre une minute ; il est urgent d'employer les fortifians auxquels on doit avoir recours avec persévérance tant que l'état de faiblesse persistera. La portion sphacélée sera recouverte par des compresses imbibées de décoctions émollientes. On emploiera encore ici les aspersions d'acide muriatique, étendu d'eau, pour corriger autant que possible l'atmosphère infecte dont le malade est entouré, et grâce à l'emploi de ces divers moyens, la nature trouvera quelquefois assez de force pour tracer encore ici un cercle rougeâtre indiquant la séparation qu'elle veut établir entre le mort et le vif, et quand cette ligne existant depuis quelque temps aura tracé d'une manière évidente la conduite que le chirurgien doit tenir, si les forces du malade le permettent, si son moral surtout se trouve dans des conditions favorables, il faudra pratiquer l'amputation, parce que c'est dans ce moment que les chances de succès sont les plus nombreuses. C'est dans ces circonstances surtout qu'il faut avoir soin de prévenir toute espèce d'hémorrhagie, soit pendant, soit après l'opération. Le blessé n'est que trop

affaibli, et la moindre perte de sang compromettrait promptement son existence.

Tous les efforts du chirurgien doivent donc tendre à remplir cette indication qui nous paraît de toute évidence, puisque nous avons affaire à un sujet qui a le plus grand besoin d'un supplément de force pour réparer les pertes qu'il a faites. Les plaies qui succèdent à ces amputations offrent rarement des complications fâcheuses : aussi le travail de la cicatrisation, quoique lent, n'en arrive pas moins à la fin tant désirée et par le malade et par le praticien chargé de sa direction.

LE TÉTANOS.

Le tétanos est une des affections les plus formidables parmi celles qui compliquent fréquemment les plaies après les opérations. On donne le nom de tétanos à une contraction spasmodique de tout le système musculaire de l'économie animale. Il s'annonce quelquefois une ou deux heures après l'opération, mais, le plus souvent, du quatrième au cinquième jour; il commence à se manifester par les symptômes suivans : le blessé se plaint de douleurs plus ou moins fortes dans un des points de la plaie. Il éprouve, sans cause appréciable, une agitation plus ou moins vive, un état d'inquiétude, d'anxiété, qui le fatigue; la mâchoire inférieure, portée contre la supérieure par la contraction de

ses muscles élévateurs, ne s'abaisse que très difficilement; les yeux sont enfoncés dans les orbites; les muscles de la face semblent appliqués immédiatement sur les os qu'ils recouvrent. Le rapprochement des mâchoires va toujours croissant, et, par conséquent, il est impossible au malade d'admettre des boissons dans sa bouche, et quand on peut introduire, par un moyen quelconque, des liquides dans la cavité gutturale, ces liquides sont bientôt rejetés, parce que les muscles du pharynx, en se contractant, produisent la constriction complète de ce canal destiné à la transmission des boissons dans l'œsophage et dans l'estomac, et ne permettent pas, dans cet état pathologique, l'admission d'une seule goutte de liquide. Bientôt les muscles du cou se contractent à leur tour, ceux de la poitrine, du dos et du bas-ventre en font autant; enfin, les membres thorachiques et abdominaux sont bientôt envahis par cet état convulsif, et dans ce cas, le tétanos existe dans toute sa force, dans tout son développement. Tantôt le corps du blessé présente un état de rectitude invincible, en sorte qu'on peut le soulever, pour ainsi dire, comme une ligne droite, quand on le place sur ses jambes. D'autres fois, le corps se plie en avant et forme une espèce d'arc de cercle; d'autres fois, il se renverse en arrière. Quelquefois, quoique très rarement, il est légèrement incliné soit à droite, soit à gauche; on a donné à ces dif-

férentes inflexions des dénominations purement scholastiques et que je crois inutile de rapporter ici. Quelles que soient les variétés présentées par les inflexions qui accompagnent le tétanos, cette complication est toujours mortelle dans l'espace de quatre à six jours au plus; et quand on a parlé de guérison obtenue dans ces sortes de circonstances, c'est qu'on a pris un des degrés du tétanos pour le tétanos lui-même. Ainsi, nous avons dit, quelques lignes plus haut, que le tétanos s'annonçait par la contraction des muscles de la face, par la contraction des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure qui rapprochaient celle-ci de la supérieure. Ce premier degré, connu sous le nom de trismus, présente bien une complication fâcheuse, mais elle est beaucoup moins grave que le tétanos, et on la voit souvent s'arrêter au point que nous venons d'indiquer pour se modifier quelques jours plus tard et pour disparaître sous l'influence d'un traitement approprié à cet état pathologique essentiellement nerveux. Mais, je le répète, le tétanos est bien plus formidable que le trismus, car ce dernier offre un grand nombre d'exemples de guérisons, tandis que le premier, quand il est arrivé à son plus haut degré de développement, est toujours mortel.

J'avoue que je n'entends pas bien ce qu'on veut dire par le mot tétanos *chronique*; car de deux choses l'une, ou le tétanos, arrivé par un dévelop-

pement progressif à son maximum d'acuité, produit une terminaison funeste, ou bien ses symptômes seront moins graves, moins aigus, et par conséquent entravés dans leur marche, et alors le blessé pourra échapper à l'imminence des dangers qui accompagnent toujours le tétanos parvenu à son entier développement.

Les causes du tétanos sont loin d'être connues : on peut, cependant, avancer avec des probabilités assez nombreuses, que les sujets d'une constitution nerveuse y sont bien plus exposés que les autres. On peut dire encore que les blessures de certaines régions favorisent son développement d'une manière plus remarquable. On peut dire encore avec raison que les plaies faites avec un instrument piquant ou contondant sont souvent le point de départ du tétanos : ainsi, les piqûres à la plante du pied, à la région palmaire ou digitale de la main, produisent assez souvent le tétanos. On peut dire encore que les plaies du tarse, du métatarse, du carpe et du métacarpe, sont souvent le siége et la cause de l'invasion du tétanos.

On attribue, en général, cette maladie à la division incomplète ou au brisement de quelque filet nerveux; mais, alors, comment expliquer l'invasion du tétanos succédant à l'ablation d'un doigt, à l'ablation d'un orteil? Il vaut mieux l'avouer avec franchise, jusqu'ici nous n'avons point de

données positives sur les causes de cette terrible complication des plaies.

On a accusé l'atmosphère chaude d'être une des causes les plus favorables au développement du tétanos; j'avoue que je serais tenté de croire le contraire, par la raison que dans un nombre égal de blessés, nous avons compté un plus grand nombre de tétaniques aux armées d'Allemagne qu'aux armées de Naples et d'Italie.

M. le baron Larrey regarde la ligature d'un nerf comme une cause déterminante du tétanos, parce qu'il a vu une fois cette affection se développer à la suite de cette ligature.

Mais combien de nerfs ont été liés en même temps que les artères qu'ils accompagnaient, et pourtant n'ont pas produit de tétanos, et c'est pour cette raison que l'opinion rapportée plus haut me paraît devoir être regardée comme entièrement hypothétique.

Observons surtout, et cette remarque me paraît d'une haute importance, que le tétanos traumatique se développe plus facilement chez les soldats de l'armée vaincue que chez ceux de l'armée victorieuse : ce qui s'explique d'autant plus facilement que l'on peut, jusqu'à un certain point, regarder les affections tristes de l'âme comme une des causes qui sont le plus favorables au développement d'une affection nerveuse: or, parmi

ces affections, le tétanos, à coup sûr, doit être mis en première ligne.

Pour combattre cette cruelle complication, on a eu recours à l'emploi d'un grand nombre de moyens ; tantôt on a employé les saignées générales et locales avec profusion. On a prescrit les bains multipliés, prolongés; les boissons délayantes, calmantes, ont fait place aux boissons excitantes, à l'emploi des purgatifs et des stimulans de toute espèce: la plaie a été recouverte, tantôt de cataplasmes émolliens-narcotiques; tantôt elle a été cernée, pour ainsi dire, par les applications successives et répétées de vésicatoires, de ventouses, de moxas ; les bains de vapeur n'ont pas été oubliés, ils ont même été préconisés, et toujours ces moyens venaient échouer devant la marche rapide et foudroyante de cette affection; et, aujourd'hui encore, elle est le désespoir des praticiens de nos jours, comme de tous ceux qui nous ont précédé dans la carrière. Espérons que le génie chirurgical, qui a fait tant et de si belles découvertes, trouvera enfin le moyen de combattre avec succès la plus formidable des affections qui viennent compliquer les plaies, soit avant, soit après les opérations.

TUMEUR ANÉVRISMALE VARIQUEUSE, OU VARICE ANÉVRISMALE.

A la saignée pratiquée au pli du bras succède quelquefois une tumeur arrondie sans changement de couleur à la peau facilement compressible et faisant sentir au doigt placé sur son sommet des pulsations artérielles; cette tumeur est due à une dilatation de la veine placée au-dessus du tube artériel blessé, et n'est que le résultat de la présence du sang artériel qui dilate ses tuniques; c'est pour ce motif qu'on a donné à cette affection le nom de tumeur anévrismale visqueuse, ou de varice-anévrismale. Quelle que soit la dénomination qu'on préfère, il faut de suite établir une compression ainsi que je l'ai dit plus haut, et ce moyen souvent procure la guérison radicale de la tumeur par l'adhérence intime des tuniques veineuses avec le point vulnéré de l'artère brachiale. Quelquefois cette compression ne produit aucun résultat; la tumeur acquiert un développement progressif qui peut inspirer de graves inquiétudes, et dans ce cas il faut avoir recours à la ligature de l'artère brachiale, au-dessus du point vulnéré.

SUPPURATION EXCESSIVE.

Quelquefois les plaies sont compliquées par l'abondance de la suppuration qui ne peut être tarie-

par des moyens toniques, fortifians, employés à l'intérieur et à l'extérieur. Cette évacuation purulente portée à l'excès a bientôt épuisé les forces du blessé qui dans cette circonstance est encore tourmenté par une fièvre continue avec redoublemens, par des évacuations extrêmement multipliées, qui ne peuvent être modérées par aucun des agens employés par la thérapeutique, et le blessé succombe promptement dans un état complet d'émaciation.

RÉSORPTION.

Quelquefois on observe le phénomène contraire à celui que nous venons d'étudier. La suppuration fournie par la plaie diminue de jour en jour, et finit par se tarir complètement. Cette affection, qui complique assez fréquemment les plaies, est connue sous le nom de résorption. Ce phénomène a lieu le plus ordinairement quand les plaies sont larges, profondes et sinueuses. Dans ces circonstances, ou le pus ne trouve pas une issue facile, ou la surface étendue de la plaie est baignée par une suppuration abondante constamment en contact avec le liquide. La suppuration, exposée à l'influence de l'air, contracte des propriétés nouvelles, propriétés entièrement fâcheuses pour le blessé, puisque c'est à l'altération qu'elle subit que sont dus les phénomènes connus sous le nom de fièvre de résorption.

Dans toutes les plaies où la vitalité est en général si active, il est probable que les vaisseaux lymphatiques absorbent habituellement une petite quantité de pus. Quand cette absorption ne dépasse pas certaine limite, elle ne donne aucun signe de son action ; mais quand cette absorption se fait d'une manière large et rapide, voici les symptômes qui se développent :

1° Les blessés sont atteints d'une fièvre continue avec redoublemens, fièvre à laquelle on a donné le nom de fièvre de résorption ;

2° Ils se plaignent de douleurs constantes dans les différentes régions du corps. Des sueurs abondantes, des diarrhées opiniâtres, des dévoiemens colliquatifs, épuisent chaque jour leurs forces. Il se forme des abcès dans les cavités splanchniques, ou dans le développement des membres. Enfin le marasme qui succède à ces différens symptômes est l'avant-coureur d'une mort prompte et inévitable. Quand on ouvre le cadavre des sujets qui ont succombé à cette affection, on trouve souvent des collections purulentes dans des régions très éloignées l'une de l'autre. Il existe quelquefois du pus dans les veines, ce qui pourrait faire soupçonner que ces vaisseaux peuvent être parfois et en partie des agens de la résorption. En parlant de la phlébite, nous donnerons à l'article qui précède tout le développement dont il est susceptible, et qui en sera le complément.

PHLÉBITE.

La phlébite traumatique, maladie aussi fréquente que grave, se développe dans une infinité de circonstances. Toute division dés tissus de l'organisme peut y donner lieu. La saignée, toute opération pratiquée sur les veines pour la cure radicale des varices, telles que ligature, incision, excision, extirpation, application de pinces, etc. Les plaies simples et compliquées de toutes les régions du corps, particulièrement celles de la tête, des extrémités, les fractures comminutives, les grandes opérations de la chirurgie, amputation, taille. On la voit survenir à la suite d'extirpation, de polypes, d'hémorrhoïdes, d'opérations pratiquées sur le col de l'utérus, etc.; du décollement du placenta, de la face interne de l'utérus. C'est à la phlébite qu'est due la mort d'un grand nombre de sujets qui succombent à la suite des opérations chirurgicales.

PHÉNOMÈNES LOCAUX DE LA PHLÉBITE.

Quelques jours après l'opération, assez souvent après un temps beaucoup plus long, on voit survenir du gonflment, de l'œdème dû à la coagulation du sang qui rend la circulation impos-

sible dans ce vaisseau. Outre ces phénomènes, les phlébites extérieures sont caractérisées par la présence d'un cordon dur, douloureux, rouge, facile à limiter, et qui est situé dans la direction de la veine. L'inflammation des vaisseaux lymphatiques se présente aussi sous la forme de cordon rouge, mais très terne et superficiel. Un grand nombre de petits nœuds interceptent ce cordon, qui présente une couleur rouge-rosé. A ce caractère, il est facile de distinguer l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de celle des veines. Assez souvent les désordres se bornent aux parties extérieures. Il y a peu de réaction. D'autres fois, la réaction est assez vive; mais sans prendre un caractère de gravité, les symptômes locaux et généraux diminuent. Une partie du sang coagulé, sans présenter de pus, est résorbée. Les parois de la veine enflammée contractent des adhérences, et après la guérison il reste un petit cordon imperméable; il paraît même que dans quelques cas, la veine reprend sa perméabilité.

Dans plusieurs de ces phlébites simples, soit qu'elles aient été abandonnées à elles-mêmes, ou soit qu'elles aient été traitées peu convenablement, la formation d'un caillot sanguin n'est plus le premier phénomène, et il se sécrète du pus dans l'intérieur de la veine ; il se présente sous la forme de sanie rougeâtre, ou de petits foyers, de pus blanc et bien lié dans l'intérieur d'un cail-

lot sanguin ; il peut se faire qu'il ne se mêle pas encore au torrent de la circulation, qu'il reste emprisonné ou limité par des caillots, de manière à se trouver en quelque sorte en dehors de la circulation. Il se forme quelquefois dans ces cas un abcès qui tend à porter le pus hors des veines; l'inflammation de la surface externede la veine existe quelquefois en même temps ; le pus se forme ou se trouve ainsi dans les veines avec des conditions différentes à la suite d'un traitement mal dirigé, comme le tamponnement, des tentatives répétées pour extraire un corps étranger des plaies déjà enflammées.

D'autres circonstances sont individuelles, miasmatiques, dépendent de certaines localités; et chez les individus qui se trouvent dans ces circonstances, la plus petite plaie, l'opération la plus légère, devient l'occasion de la présence du pus dans les veines; ces conditions sont les mêmes que celles qui tendent à favoriser le développement de la pourriture d'hôpital, du typhus, etc. Dans cette seconde période, lorsque le pus reste limité dans un caillot, ou dans un point circonscrit, l'affection peut rester toute locale, et ne fait courir aucun danger au malade; mais il n'en est plus de même lorsque le pus s'est mêlé au sang et circule avec lui dans l'économie.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX DE LA PHLÉBITE.

Ils coïncident avec l'infection du sang par le pus qui peut se faire, de prime abord ou après la rupture des digues formées par les caillots de sang, qui tenaient le pus enfermé dans des points limités. Des frissons irréguliers, intenses, alternent avec des accès de chaleur et des horripilations; bientôt on aperçoit des symptômes typhoïdes, adynamiques, ataxiques, il survient en même temps des changemens remarquables dans la plaie ou la solution de continuité, qu'il est important de noter; le travail de cicatrisation s'arrête, les parties cicatrisées depuis peu se détruisent, la suppuration diminue, s'altère, présente un aspect de sanie, de sérosité trouble, roussâtre; les parties molles pâlissent, la tuméfaction s'affaisse, la partie prend un aspect cadavéreux. Plus tard les muscles se détachent les uns des autres, il s'en écoule du sang de plus en plus fluide, qui donne lieu quelquefois à des hémorrhagies que rien ne peut arrêter. L'état général est encore plus alarmant : quant aux frissons violens que nous avons dit signaler le début de l'affection, il succède des frissons qui ont souvent quelque analogie avec ceux des fièvres intermittentes, marécageuses par leur intensité et leur régularité, mais ils ne sont presque jamais suivis

d'une réaction franche : et s'il survient de la sueur, elle est visqueuse, coïncidant avec le froid des extrémités. La peau devient pâle, prend une teinte jaunâtre, un aspect terreux plus ou moins prononcé ; les conjonctives deviennent jaunes, les yeux sont affaissés, la langue tantôt se sèche ou reste humide, les lèvres et les dents deviennent fuligineuses ; par intervalle il survient un peu de délire, le ventre se météorise, il survient assez souvent de la diarrhée, le pouls est fréquent, dur, petit. Assez souvent on voit en même temps des signes vagues de phlegmasie du côté de la poitrine, de l'abdomen, vers le foie, comme une légère douleur, une petite toux; d'autres fois ce sont les articulations qui se tuméfient, les malades se plaignent à peine de douleurs, la soif est généralement vive, l'haleine fétide, enfin le malade meurt épuisé, du 8e au 12e jour.

L'examen du cadavre montre des lésions très diverses, du moins sous le rapport de leur siége, quoiqu'elles paraissent dépendre d'un même principe ; les veines, partant du point en suppuration, sont souvent remplies de pus, de concrétions sanguines, adhérentes avec la face interne de la veine, qui est dure, friable. Cette altération des veines s'étend plus ou moins loin ; il n'est pas rare de la trouver très bornée, limitée dans le voisinage de la plaie ; il n'est pas très rare de ne rencontrer aucune altération appréciable, du moins

de la veine elle-même, malgré l'infection évidente de tout l'organisme; le sang veineux est plus fluide, plus noir; on trouve des gouttelettes de p usau milieu d'une concrétion dans les veines caves, dans les oreillettes. Dans ces circonstances, il est fort rare de trouver des traces d'inflammation dans les gros troncs veineux, tels que les veines caves. On rencontre des foyers multipliés de suppurations dans les viscères; ce sont les deux poumons qui sont criblés de petits abcès, ou de petits noyaux, durs, rouges, qui sont sur le point de passer à la suppuration; ils sont séparés par le parenchyme dont ils occupent les intervalles; les cavités de ces petits foyers ne présentent que des traces équivoques d'une phlegmasie franche; le foie présente souvent des altérations identiques; ces petits abcès se retrouvent aussi dans le cerveau, la rate, les reins, etc. C'est toujours dans les parties les plus vasculaires qu'ils se développent de préférence, et à la périphérie du viscère. D'autres fois, ce sont les cavités séreuses qui sont remplies d'un liquide gris, crêmeux, purulent; chez d'autres ce sont les grandes articulations qui sont remplies de pus, tantôt avec altération de la cavité articulaire, tantôt sans altération appréciable. Il n'est pas rare de trouver le pus en même temps infiltré autour de ces mêmes articulations, dans le tissu cellulaire et dans l'épaisseur des muscles.

Les épanchemens dans les cavités séreuses sont

remarquables par leur abondance, par la promptitude avec laquelle ils se forment ; c'est la plèvre, le péricarde, qui en sont plus fréquemment le siége; il n'est pas très rare d'en rencontrer dans les autres séreuses, telles que le péritoine, l'arachnoïde.

Les points d'insertion du placenta sur la face interne de l'utérus peuvent être considérés après l'accouchement, ou un avortement, comme une véritable solution de continuité ; et il est difficile de ne pas admettre le même mécanisme pour la production de la fièvre puerpérale; dans cette circonstance particulière, on trouve le plus ordinairement du pus, non seulement dans les veines, mais on paraît avoir aussi constaté sa présence dans les lymphatiques.

Les altérations diverses que nous venons d'énumérer se trouvent rarement réunies chez le même sujet, et le plus souvent il n'en présente à la fois qu'un petit nombre.

Les altérations que nous avons signalées, quoique disséminées dans toute l'économie, présentent entre elles une grande ressemblance non seulement sous le rapport des caractères anatomiques, mais encore sous celui des symptômes, ce qui nous conduit à tâcher d'apprécier la nature de la maladie. Les premiers observateurs qui ont cherché à découvrir la cause de la mort après les plaies et les grandes opérations, ont cru voir, par suite des changemens sur-

venus dans les solutions de continuité elles-mêmes, l'explication de tous les désordres symptômatiques, ne pensant point qu'ils pourraient en être l'effet. C'est l'opinion de presque tous les chirugiens du dernier siècle. Aujourd'hui on reconnaît généralement que la cause la plus fréquente de la mort est due aux abcès développés dans les principaux viscères, aux altérations des veines, au mélange du pus avec le sang. Quand il a fallu interpréter ces faits, les observateurs ont cessé d'être d'accord ; voyant tous les mêmes altérations, ils leur ont donné des interprétations diverses. Beaucoup de praticiens d'un grand nom, frappés du petit volume de ces abcès, de leur apparence tuberculeuse, de leur développement à l'état latent, ont avancé qu'ils dépendent de tubercules préexistans. La théorie des tubercules préexistans ne doit pas être rejetée d'une manière absolue, elle répond à quelques faits, et tous les praticiens savent que les opérations chez les tuberculeux sont le plus ordinairement suivies du développement plus rapide de la maladie.

Il a fallu chercher une théorie plus générale, plus satisfaisante pour expliquer les altérations consécutives aux solutions de continuité des parties molles ; d'un côté on a eu recours aux métastases, aux résorptions, au transport, au passage pur et simple du pus de la plaie dans les veines, dans les viscères. Cette idée est ancienne, elle s'appuie sur des faits nombreux. 1° Sur la diminution et même la suppression

de la suppuration externe; 2° sur l'identité du pus de la plaie et celui trouvé dans les organes; 3° sur l'état laten qui les précède et les accompagne; 4° sur la rapide formation de ces abcès; 5° sur le défaut d'inflammation des couches subjacentes; 6° sur la présence du pus dans les veines, dans la cavité droite du cœur, au milieu des caillots. Le moyen de transport est pour les uns les veines, pour les autres les vaisseaux lymphatiques, pour d'autres les deux ordres de vaisseaux.

Cette doctrine humorale de la résorption et du pus déposé en nature, a été reproduite dans ces derniers temps par M. Velpeau, et soutenue avec persistance dans plusieurs mémoires publiés dans le Journal des archives de médecine; Marechet et Legallois ont soutenu la même opinion.

D'autres observateurs, MM. Blandin, Dance, Cruvelhier, ont cherché dans la phlébite la théorie de la formation du pus dans les divers organes. Ils ont cherché à démontrer, avec toute la rigueur des expériences physiques, que le pus, sécrété par les veines, mis en circulation avec le sang, est arrêté dans le système capillaire de divers organes, qu'il y détermine des inflammations locales circonscrites des phlébites capillaires.

DES PHLÉBITES CAPILLAIRES.

Le traitement de cette affection extrêmement grave consiste à maintenir sur la plaie des applications toniques, légèrement irritantes ; à administrer à l'intérieur un traitement presque toujours fortifiant, mais qui doit toujours être modifié en raison des variations d'exaltation ou d'affaiblissement que présente l'état du blessé. Il faut surtout que la conduite du chirurgien soit tracée par le caractère particulier que présentera la fièvre qui compliquera la marche de ces différens symptômes, à mesure qu'ils se développeront. C'est surtout dans ces circonstances difficiles qu'il faut toute la sagacité d'un esprit judicieux et exercé ; car elle seule peut modérer et conjurer l'orage prêt à éclater.

POURRITURE D'HOPITAL.

Souvent, dans les hôpitaux mal aérés, contenant un nombre de blessés hors de proportion avec les localités, quand surtout ces causes sont encore fortifiées par une hygiène vicieuse et par la saison froide et humide qu'on observe en automne, les plaies présentent une complication d'autant plus fâcheuse que non seulement cette complication

retarde et entrave la marche de ces plaies, mais qu'elle produit souvent une série d'accidens qui se terminent fréquemment par la mort du blessé.

Cette complication est généralement connue sous le nom de pourriture d'hôpital : quelques praticiens la désignent sous le nom de dégénérescence putride.

M. Boyer l'appelait gangrène humide d'hôpital, dénomination qui me paraît manquer un peu d'exactitude parce qu'elle semblerait établir de l'analogie entre deux affections qui diffèrent essentiellement entre elles.

Au reste, quel que soit le nom qu'on lui donne, cette affection se présente sous deux aspects différens ; tantôt on remarque dans l'intervalle d'un pansement à l'autre qu'une plaie, dont la marche avait été jusque-là régulière, présente un point d'ulcération qui bientôt s'étend à toute sa surface et produit une sanie plus ou moins abondante ; tantôt on remarque que la surface de la plaie se recouvre d'une espèce de voile blanchâtre ayant une assez grande ressemblance avec la couenne inflammatoire qui recouvre le sang fourni par une saignée pratiquée dans le traitement des maladies aiguës. Bientôt cette couche s'épaissit aux dépens des tissus sous-jacens, qui, en un temps variable, sa ramollissent complètement. Les phénomènes que l'on observe dans ces nuances ont fait donner à la première le nom d'ulcéreuse ; à la deuxième, le nom de couenneuse et de pulpeuse.

A ces différens symptômes se joignent des douleurs plus ou moins aiguës, et qui sont quelquefois excessives; on observe aussi très fréquemment que cette affection est compliquée soit d'une gastro-entérite intense, d'une fièvre nerveuse adynamique, etc.

Nous ne discuterons point ici la question de la contagion ou de la non-contagion de la pourriture d'hôpital; nous nous contenterons dire, sans nier toutefois d'une manière absolue la possibilité de la contagion, qu'on peut concevoir très bien, sans elle, que des blessés soumis aux mêmes influences d'une hygiène délétère, soient attaqués d'une affection semblable.

La pourriture d'hôpital est une de ces affections qu'il est plus facile de prévenir que de guérir.

Les moyens préservatifs seront tous demandés à une hygiène rationnelle, dont l'intention sera toujours de fortifier, par tous les moyens possibles, le physique et surtout le moral des blessés.

Si, malgré leur emploi, la pourriture d'hôpital se déclarait dans un des nombreux asiles ouverts aux blessés, il faudrait avoir recours à un traitement énergique.

On a conseillé l'application des sangsues autour de la plaie dégénérée; on a conseillé aussi l'emploi des acides, des anti-septiques appliqués sur cette même plaie, ayant soin, dans la forme couenneuse, d'enlever d'abord la couche qui recouvre la surface

de la plaie. Ce traitement compte, dit-on, quelques succès; mais l'agent le plus puissant et le plus sûr, dans des circonstances aussi fâcheuses, est le cautère actuel ou le fer rougi à blanc largement appliqué sur la dégenérescence putride; il sera lui-même secondé par le traitement intérieur qui sera essentiellement fortifiant.

Parmi les affections qui compliquent fréquemment les plaies, la carie, la nécrose, doivent être seulement signalées, parce qu'elles constituent, à leur tour, deux états pathologiques nouveaux, qui réclament impérieusement un traitement différent de celui qui appartient aux plaies qu'elles sont venues compliquer. A la suite des amputations du bras et de la cuisse, la conicité du moignon constitue aussi une maladie nouvelle, qui entravera la marche de la plaie, tant qu'on n'aura pas retranché la portion d'os qui fait saillie, et qui serait bientôt nécrosée par le contact de l'air.

Dans les plaies compliquées de fractures, avec ou sans esquilles, la lésion des os doit être mise en première ligne, et, dans ce cas, les premiers soins à donner au blessé doivent être dirigés contre la fracture ou l'écrasement des os, seul moyen de réduire la plaie à son expression la plus simple. Dans les plaies compliquées de la fracture des vertèbres cervicale, dorsale ou lombaire, la mort ou la paraplégie est la suite presque inévitable de cette complication.

Quant à la constitution physique et morale, qui est souvent une complication très fâcheuse des plaies, c'est un point de doctrine tellement prouvé, que nous nous contenterons seulement de l'indiquer ici. Il en sera de même de l'influence des saisons des climats, envisagée sous le rapport de la complication des plaies. Mais, parmi les affections nombreuses que nous avions à examiner, il en est deux surtout qui, par leur fréquence, et plus encore par leur influence sur la marche et la terminaison des plaies, nous paraissent devoir être mises pour ainsi dire en première ligne, et méritent, par conséquent, une étude toute particulière et un examen approfondi. Je veux parler du phlegmon et de l'érysipèle.

LE PHLEGMON.

Cette affection, qui complique fréquemment les plaies après les opérations, se reconnaît à un état de douleur pulsative dans le siége même de la plaie. Sans doute il est nécessaire que la plaie résultant d'une opération soit le siége d'une douleur proportionnée à l'étendue de cette même plaie; car ce phénomène pathologique est nécessaire pour préparer la suppuration qui doit être fournie pendant la durée de cette affection, mais dans des proportions convenables à leurs différentes dimensions, à leur caractère particulier,

et, dans ce cas, la guérison s'obtient d'une manière progressive et certaine; mais très souvent cette inflammation arrive à un degré d'exaltation tel, que les tissus, engorgés outre mesure, sont bientôt envahis par une gangrène profonde, à laquelle le malade ne peut résister; et dans ce cas une mort prompte est produite par cette dégénérescence gangréneuse.

D'autres fois l'inflammation ne se borne pas au lieu même de la blessure : tantôt elle envahit le cerveau et détermine alors une fièvre cérébrale promptement funeste; tantôt cette inflammation frappe les plèvres, le péricarde, les poumons, quelquefois même le cœur, et produit dans cette cavité de tels désordres que le blessé ne peut pas résister à leurs progrès; d'autres fois, l'inflammation frappe le péritoine, frappe le système gastro-intestinal, et produit des péritonites, des gastro-entérites, compliquées souvent d'une affection cérébrale et, par conséquent, accompagnées des plus grands dangers.

D'autres fois, cette inflammation dirigée sur l'organe hépatique déterminera un état pathologique de cet organe, avec tous les symptômes qui accompagnent cette affection, savoir : douleur fixe dans la région hypocondriaque droite, coloration en jaune de la conjonctive, des urines, quelquefois développement de suppuration dans un des points de son parenchyme, souvent des abcès

multipliés dans ce même organe et déterminant la mort du blessé après l'invasion d'une fièvre aiguë d'une courte durée, et qui, dans quelques cas très rares, laisse après elle des traces profondes de tous ces désordres, quand le malade peut conserver assez de forces pour ne pas succomber.

Si ces différentes affections se développent dans les constitutions offrant des conditions favorables, que sera-ce donc quand nous aurons à traiter des sujets atteints de tubercules pulmonaires ou d'engorgemens du mésentère ? Dans ce dernier cas, le chirurgien a dû interroger la poitrine et le ventre ; par conséquent, il a pu savoir à l'avance ce qu'il devait redouter des suites de l'opération qu'il méditait. Ainsi, d'après cet exposé rapide des complications phlegmoneuses qui peuvent survenir à la suite des opérations, nous devons recommander aux praticiens d'employer tous les moyens qui sont à leur disposition pour prévenir cette série d'accidens qui compromettent d'une manière aussi fâcheuse et aussi positive les jours du blessé. Il serait superflu de revenir sur la gangrène, terminaison assez fréquente du phlegmon, puisque dans les pages précédentes, nous avons parlé avec les plus grands détails de cette terminaison de l'inflammation chez les blessés, après les opérations qu'ils subissent.

L'ÉRYSIPÈLE.

L'érysipèle est une inflammation du système cutané qui s'annonce par une rougeur peu intense d'abord, cédant à la pression du doigt. Cette affection, partant d'un point, s'étend au voisinage, de manière à acquérir promptement une large surface. Quand il est simple, sa marche, qui dure de neuf à onze jours, est promptement terminée par une desquamation qui se détache du neuvième au onzième jour, et cette affection, alors, ne peut offrir aucune espèce d'inquiétude; mais souvent elle se complique d'un état phlegmoneux dont le siége, plus ou moins profond, envahit le tissu cellulaire sous-cutané. C'est alors un érysipèle phlegmoneux qu'il faut combattre par tous les moyens antiphlogistiques qui sont à la portée du chirurgien.

D'autres fois, cet érysipèle se termine par gangrène, terminaison qui annonce que la constitution du blessé se trouve dans des dispositions adynamiques qui ont préparé cette dégénérescence gangreneuse qui compromet toujours l'existence du blessé. Cette complication se remarque souvent dans les plaies produites par une cause vulnérante quelconque, pour peu que cette cause ait agi avec violence, et elle compromet toujours la puissance de l'art, en menaçant les jours du malade.

Ainsi que le phlegmon, l'érysipèle est une des complications les plus fâcheuses ; car, non seulement il établit son siége dans le voisinage des plaies, mais il envahit souvent les articulations dans lesquelles il produit 1° un développement anormal ; 2° des douleurs violentes résultant de l'inflammation et de la capsule articulaire et des ligamens qui protègent l'articulation, les aponévroses et les tissus blancs qui les environnent.

On a observé souvent le développement de la capsule articulaire, distendue par la collection d'une sérosité produite par cet état pathologique, et facile à reconnaître par le toucher.

L'érysipèle dont nous venons de tracer rapidement la marche et les variétés, doit être rangée parmi les affections qui compliquent assez fréquemment les plaies, surtout à la suite des opérations. Pour en prévenir le développement, il faut que la plaie soit soustraite aux influences d'un froid humide, qui doit être regardé comme la cause déterminante des affections érysipélateuses. Il faudra la combattre, dès son début, et par les saignées locales et par les saignées générales, afin de terminer promptement cette inflammation mobile facile à déplacer, et qui, par cette même facilité, peut se porter promptement sur les organes contenus dans la cavité du crâne, dans la cavité thorachique et dans la cavité abdominale.

Dans ces deux complications, savoir, le phleg-

mon et l'érysipèle, les moyens débilitans, les boissons délayantes, une diète sévère, feront partie du traitement approprié à ces deux affections, et c'est pour cette raison que nous avons déjà recommandé d'affaiblir à l'avance les sujets qui étaient exposés à subir de grandes opérations, quand leur constitution était pléthorique et vigoureuse.

Je ne crois pas qu'il soit de mon devoir de m'occuper des affections qui peuvent compliquer les plaies résultant de l'opération de la hernie étranglée, complications qui peuvent appartenir aux variétés que présente le sac herniaire, l'état de l'intestin, l'étranglement persistant après la rentrée du sac, la dégénérescence gangreneuse de la portion herniée, l'épanchement stercoral et l'anus contre nature qu'on observe très souvent à la suite de ces opérations.

Je ne crois pas non plus que je doive parler des affections qui compliquent les plaies qui suivent l'opération de la taille, comme l'hémorrhagie, la lésion du rectum, les infiltrations urineuses, les fistules du même nom, la cystite, le catarrhe vésical, et c'est dans cette croyance que je me borne à énumérer simplement ici ces différentes affections. Il suffira d'ailleurs de les avoir indiquées, pour décider à l'avance les moyens les plus favorables que l'art puisse employer pour les combattre. Nous ne parlerons pas davantage des lésions

qui sont produites parfois par le cathétérisme. Ces lésions se bornent souvent au canal de l'urètre dont les membranes sont déchirées, lésions qui, quoique graves, sont beaucoup moins fâcheuses que la perforation des membres vésicales par l'extrémité de la sonde. En indiquant seulement ces lésions, je crois avoir été au-delà de la tâche qui m'était imposée; car ces affections sont toutes spéciales : elles appartiennent essentiellement au caractère particulier que ces organes présentent et dans leur tissu et dans leurs fonctions.

Parlerons-nous du résultat de l'extraction des polypes, soit dans les fosses nasales, soit dans le vagin, soit dans la cavité utérine? Je répèterai encore ici ce que je disais plus haut : les genres de lésions qui sont la cause de ces opérations offrent des caractères spéciaux qui n'appartiennent point à l'étude des affections qui se manifestent à la suite des opérations en général. Aussi notre tâche est-elle de les envisager sous ce dernier point de vue, et c'est pour cette raison que nous avons insisté sur ce point avec tous les détails qu'il nous a été possible de puiser dans les préceptes de nos maîtres, dans les livres écrits sur ces matières, et surtout dans nos propres convictions.